CENA 1 ZŁ 50 GR

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 5 (XVI) Luty 1952 Nr 2



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

TREŚĆ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 5 (XVI) Luty 1952 Nr 2

WITAMY LUDOWĄ KONSTYTUCJĘ



23 stycznia r. b. Komisja Konstytucyjna uchwaliła projekt Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej.

Projekt ten został ogłoszony 27 stycznia br. Do 15 kwietnia cały naród będzie miał możność wziąć udział w dyskusji nad nową Konstytucją, aby każdy z nas mógł śmiało i szczerze wypowiedzieć się na jej temat, zgłaszać uwagi i poprawki.

Wstęp do Konstytucji głosi:

> „Polska Rzeczpospolita Ludowa nawiązuje do najszczytniejszych, postępowych tradycji Narodu Polskiego i urzeczywistnia idee wyzwolenia polskich mas pracujących."

Słowa te mają swe głębokie uzasadnienie. Ustrój Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, utrwalony w akcie konstytucyjnym, kształtowały idee będące logicznym rozwinięciem i zastosowaniem do obecnych warunków tych wielkich idei, jakie przyświecały pokoleniu Kołłątaja i Kościuszki, Lelewela i Dembowskiego, pokoleniu Marchlewskiego i Dzierżyńskiego.

Konstytucja Rzeczypospolitej Ludowej wyrosła ze zdobyczy wywalczonych przez masy pracujące Polski w latach walki z faszyzmem, w latach wielkich przeobrażeń rewolucyjnych, po historycznym dniu Manifestu Lipcowego.

Fakt, że ogłoszenie projektu Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej zbiega się z dziesięcioleciem PPR, nabiera znaczenia symbolicznego.

Bo właśnie PPR, kontunuatorka pięknych tradycji walk ludu polskiego, była jedyną Partią, która w ciemną noc okupacji faszystowskiej krzewiła w narodzie wiarę w zwycięstwo sił wyzwoleńczych, sił postępu.

Bo właśnie PPR, oddając władzę w ręce ludu polskiego, w ręce klasy robotniczej, wyzwoliła niewyczerpane siły tkwiące w narodzie polskim, siły, które stanowią o rozkwicie naszego kraju, o jego przyszłości i ustroju, którego wyrazem i zatwierdzeniem istniejącego stanu rzeczy jest wielka karta zdobyczy społecznych polskiego ludu.

Nasze wielkie osiągnięcie — projekt Konstytucji — mamy do zawdzięczenia także takim bojownikom, jak Marceli Nowotko, Janek Krasicki, Paweł Finder, Małgorzata Fornalska, Józef Wieczorek oraz tysiące ofiarnych bojowników o wolność i idee Partii.

Konstytucja nasza utrwala ustrój demokracji ludowej w Polsce, ustrój, który znosi możliwości wyzysku człowieka przez człowieka i coraz pełniej wprowadza w życie socjalistyczną zasadę: „od każdego według jego zdolności, każdemu według jego pracy."

Najwyższym celem Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej stają się interesy ludu pracującego: robotników, pracujących chłopów i inteligencji, a zasadnicze artykuły Konstytucji mają znaczenie nie — obietnic na przyszłość, jak to spotykamy w konstytucjach burżuazyjnych, lecz s t w i e r d z e ń zasad już obowiązujących, a odtąd mających stać się niezłomnym p r a w e m.

Prezydent BOLESŁAW BIERUT, zamykając trzecie posiedzenie Komisji Konstytucyjnej powiedział m. in.:

„...Nowa Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej stanowić będzie dla narodu wielką kartę zwycięstwa w tej walce o wyzwolenie narodowe i społeczne, o zrzucenie kajdan kapitalizmu, o sprawiedliwość społeczną, o socjalizm..."

Bogactwo tematów, jakie nasuwają się przy rozważaniu Konstytucji objąć może jedynie o g ó l n o n a r o d o w a d y s k u s j a nad projektem, która pomoże nadać mu ostateczną formę i ostatecznie przyswoić narodowi Konstytucję, przez którą przewija się nić głębokiego humanizmu, służenia ludzkości i pokojowi.

Zwracamy się do Was, Koleżanki Pielęgniarki, które mając stale żywy kontakt ze społeczeństwem, prowadząc rozmowy zbiorowe lub indywidualne z chorymi, będziecie nieraz zapewne dyskutowały nad projektem Konstytucji —

— stoi przed Wami wielkie i odpowiedzialne zadanie poniesienia projektu w masy, uświadamianie o znaczeniu i wadze Konstytucji!

To zaszczytne zadanie czeka przede wszystkim naszą młodzież zawodową, zrzeszoną w ZMP, która winna stać się propagandystami wielkiej Karty osiągnięć i zdobyczy naszego narodu.

Być prawdziwie bojowym agitatorem, umieć wyjaśniać i przekazywać, to praca nie tylko doniosła, lecz i niełatwa, a więc wymagająca gruntownego przygotowania i pogłębienia znajomości projektu.

Prezydent BOLESŁAW BIERUT, wzywa:

„Ponieśmy projekt Konstytucji w masy, wyjaśnijmy jego wielką, przełomową treść całemu narodowi, aby został przez naród przyjęty, jako jego prawo najwyższe — prawo narodu wolnego i zwycięskiego, prawo narodu przekształcającego swe życie i swoją historię w imię pomyślności własnej, w imię pomyślności wszystkich narodów.“

Sprawą każdego świadomego obywatela, sprawą każdej z nas — jest zadania wskazane przez PREZYDENTA BIERUTA wypełnić z honorem.

DR MED. BOGUSŁAW KOŻUSZNIK
Wiceminister Zdrowia

U progu trzeciego roku Planu 6-letniego

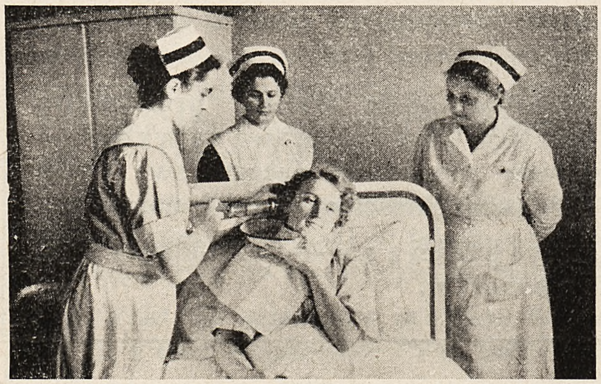
„Wykonaliśmy pomyślnie i z nadwyżką zadania pierwszych 2 lat naszego wielkiego i historycznego Planu 6-letniego — Planu uprzemysłowienia Polski. Wstępujemy w rok trzeci, który będzie rokiem przełomowym dla zwycięskiego wypełnienia całego planu. Z jeszcze większą ofiarnością oddawajmy Ojczyźnie swą pracę, pomnażając jej siły“ — mówił w orędziu noworocznym Prezydent Rzeczypospolitej, Bolesław Bierut.

Podsumowując osiągnięcia roku minionego należy stwierdzić, że w wyniku realizacji rocznych planów historycznego 6-letniego Planu mnożą się sanatoria, ambulatoria, szpitale, przychodnie, prewentoria, żłobki, izby porodowe, placówki naukowo-badawcze i dydaktyczne oraz inne instytucje ochrony zdrowia. Przekroczenia w zakresie wykonania planów za rok 1950 i 1951 w dziedzienie powiększenia ilości łóżek szpitalnych wskazują, że przy końcu roku 1952 osiągniemy wskaźnik łóżek szpitalnych przewidywany na rok 1955.

Tempo wzrostu łóżek szpitalnych, jak to wynika z osiągnięć 2 pierwszych lat Planu 6-letniego, jest 10-krotnie większy w stosunku do tempa z okresu Polski przedwrześniowej. Wykonanie zadań Planu 6-letniego w zakresie łóżek w izbach porodowych nastąpi już w ciągu pierwszych 3 lat.

Wielkie osiągnięcia notujemy również w dziedzinie szkolenia kadr fachowych. Rośnie w szybkim tempie armia fachowych kadr — lekarzy, pielęgniarek, felczerów, kontrolerów sanitarnych, laborantów, i pracowników nauki

w dziedzienie ochrony zdrowia. W okresie przedwojennym na wyższych uczelniach medycznych: lekarskich, farmaceutycznych i stomatologicznych, liczba studentów wszystkich lat i wszystkich wydziałów osiągała maksymalnie liczbę 2.500. Obecnie liczba ta jest prawie 10-krotnie większa. W br. akademickim przyjęto na I rok na akademie medyczne więcej aniżeli podwójną liczbę studentów wszystkich lat i wszystkich wydziałów medycznych okresu przedwojennego.



Absolwentki PSP w Poznaniu przy pracy

W ciągu pierwszych lat Planu 6-letniego, 2-letnią szkołę pielęgniarską opuściło tyle pielęgniarek, ile w okresie międzywojennym w ciągu 20 lat. Oprócz tego tworzymy armię tzw. młodszych pielęgniarek, których w okresie międzywojennym w Polsce w ogóle nie było. Armia młodszych pielęgniarek już dziś jest 5-krotnie większa w stosunku do liczby pielęgniark z 2-letnią szkołą.

Ponadto po raz pierwszy zastępy felczerów zasilą kadry służby zdrowia. W roku 1950 uruchomiliśmy 12 liceów felczerskich, a w roku 1951 dalsze 3. Ponadto w roku 1951 uruchomiliśmy 45 szkół felczerskich, do których przyjmowani są kandydaci z maturą. Liczba słuchaczy w szkołach felczerskich sięga kilku tysięcy.



Tysiące młodych pielęgniarek włączyły się do czynnej walki o pokój.

Rok 1951 był rokiem konkretyzacji polityki klasowej w dziedzienie ochrony zdrowia. Zrobiliśmy już duży wysiłek w kierunku otoczenia jak najlepszą opieką zdrowia klasy robotniczej, a w szczególności jej części przodującej — górników. Powstało przeszło 300 przyfabrycznych ośrodków zdrowia, z czego 80 na kopalniach. Niektóre ośrodki przy kopalniach posiadają również izby chorych. Uporządkowaliśmy opiekę nad zdrowiem młodzieży akademickiej.

Wielkim krokiem naprzód w budowie socjalistycznej służby zdrowia w naszym kraju było uspołecznienie aptek prywatnych. 8 stycznia 1951 roku Sejm uchwalił ustawę o przejęciu na własność Państwa wszystkich aptek prywatnych, ustawę o zniesieniu izb aptekarskich, ustawę o aptekach oraz ustawę o środkach farmaceutycznych, odurzających i artykułach sanitarnych. Przez upaństwowienie aptek prywatnych, jeden z podstawowych elementów, decydujących o sprawnym funkcjonowaniu służby zdrowia, wszedł w skład społecznej służby zdrowia i może być prowadzony zgodnie z potrzebami szerokich mas pracujących.

W roku 1951 kierując się założeniami i treścią socjalistycznej służby zdrowia kładliśmy coraz większy nacisk na pracę w dziedzinie sanitarno-epidemiologicznej. Wyrazem tego było powzięcie przez Prezydium Rządu uchwały — w sprawie sanitarnej akcji wiosennej w kraju. Wyniki tej akcji, aczkolwiek duże, są jednak niedostateczne, a zarazem wskazują, że na tę dziedzinę kładliśmy dotychczas za mały nacisk, i że to zagadnienie nie spotyka się jeszcze z dostatecznym zrozumieniem nawet wśród pracowników służby zdrowia.

Służba zdrowia może się poszczycić również poważnymi osiągnięciami w zakresie opieki nad dzieckiem najmłodszym, a w szczególności w dziedzinie walki z umieralnością niemowląt.

Pierwsze 2 lata Planu 6-letniego były okresem ujednolicenia, a zarazem podnoszenia poziomu organizacyjnego aparatu ochrony zdrowia. W roku 1951 nastąpiła pełna unifikacja, tak pod względem ustawodawczym, jak

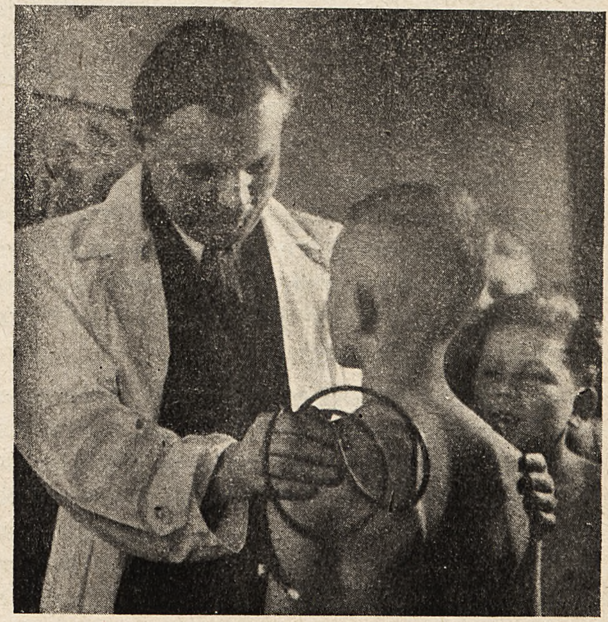
i w praktyce, aparatu administracyjnego Ministerstwa Zdrowia i Rad Narodowych z aparatem Zakładu Lecznictwa Pracowniczego. Zapoczątkowaliśmy ważną reformę, która ma znaczenie nie tylko organizacyjne, ale także wpływa na podniesienie jakości ochrony zdrowia, mianowicie *zespolenie otwartej pomocy lekarskiej z zamkniętą.*

Na poziom fachowy wpłynęła niewątpliwie wzmożona praca Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, powołanie Ogólnopolskiego Towarzystwa Lekarskiego, powołanie instytucji dokształcania lekarzy, pogłębienie pracy w instytucjach naukowo-badawczych oraz praca specjalistów wojewódzkich.

Mówiąc o osiągnięciach pierwszych dwóch lat Planu 6-letniego w dziedzinie służby zdrowia, trzeba podkreślić wkład ideologiczny, fachowy i organizacyjny, jaki wniosła w tę dziedzinę pomoc wybitnych radzieckich fachowców, praktyków i naukowców, budowniczych pierwszej na świecie socjalistycznej ochrony zdrowia. Zacieśniliśmy również współpracę i kontakt z krajami Demokracji Ludowych.

Wykonanie z nadwyżką planu pierwszych 2 lat kosztowało nas dużo wysiłku, ofiarnej pracy, a niejednokrotnie może i poświęcenia. Lecz dzięki tej pracy stworzyliśmy wiele rzeczy *„trwałych i niezniszczalnych"*, jak mówił Prezydent Bierut. Rzeczy, które będą służyć wielu pokoleniom naszego narodu. *„Za jeden tylko miniony rok — powiększyliśmy nasz trwały majątek o tyleż, co za 3 lata poprzedzające nasz 6-letni Plan, choć wiemy, że w ciągu tamtych 3 lat nasz wkład w odbudowę i rozbudowę gospodarki narodowej nie miał sobie równego w gospodarce polskiej okresu kapitalistycznego".* — mówił w swym Orędziu Prezydent Bolesław Bierut. W powiększeniu majątku narodowego, o którym mówił Przeydent Bolesław Bierut, ma swój wkład również armia pracowników służby zdrowia.

U progu trzeciego roku Planu 6-letniego sumujemy nasze osiągnięcia nie tylko dla rejestracji faktów, ale *przede wszystkim po to, by się uczyć* — by wyciągnąć naukę z doświadczeń lat minionych. Rok bieżący będzie niewątpliwie rokiem przełomowym dla realizacji zadań Planu 6-letniego. Stan zdrowia budowniczych socjalizmu w Polsce — stan zdrowia realizatorów zadań Planu 6-letniego, to jeden z ważnych czynników decydujących niejednokrotnie o możliwości wykonywania i przekraczania planów. Tę prawdę musi sobie uświadomić każdy pracownik służby zdrowia. *Zabezpieczyć zatem właściwą ochronę zdrowia realizatorom zadań Planu 6-letniego*, a przede wszystkim ich awangardzie, *to podstawowe zadanie i obowiązek służby zdrowia.* Szczególną uwagę musimy poświęcić w dziedzinie opieki lekarskiej przodującym armii budowniczych socjalizmu w Polsce — górnikom, hutnikom i chemikom.



Wiceminister Zdrowia, dr B. Kożusznik, w akcji masowych badań młodzieży szkolnej

Foto WAF

Sytuacja międzynarodowa nakazuje nam zwrócenie uwagi na sprawy obronności kraju. Awanturnicy wojenni w coraz to większym stopniu przygotowują się do nowych agresji. Proste i mądre słowa wielkiego przywódcy mas pracujących całego świata — Józefa Stalina, że *„agresora należy spotkać w pełnym uzbrojeniu"*, obowiązuje również i bezwzględnie aparat ochrony zdrowia.

Szczególną uwagę musimy zwrócić także na te zagadnienia, które są istotą socjalistycznej ochrony zdrowia — *na zapobieganie chorobom.* W procesie walki z chorobami w ogóle, a chorobami zakaźnymi w szczególności, w procesie ochrony zdrowia i podnoszenia stanu zdrowia ludzi pracy, w procesie przedłużania życia i wieku produktywnego, w procesie tworzenia warunków gwarantujących masom pracującym pełne, dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne, w konieczności zwiększenia wydajności pracy i potęgowanie twórczego wysiłku i entuzjazmu

mas pracujących — jedną z decydujących ról odgrywa niewątpliwie poziom kultury sanitarno-higienicznej ludzi pracy i stan sanitarno-higieniczny środowiska, w którym ludzie żyją i pracują.

Stąd też sprawie podnoszenia kultury i stanu sanitarno-higienicznego aparat ochrony zdrowia musi poświęcić specjalną uwagę. Trzeba zaznaczyć, że czasami spotykamy się z niedocenieniem, a nawet lekceważącym stosunkiem pracowników służby zdrowia do podstawowych zagadnień higieniczno-sanitarno-epidemiologicznych. Jednym z wyników tego rodzaju sytuacji są spotykane zakażenia wewnątrz-zakładowe w instytucjach służby zdrowia. Likwidacia zakażeń wewnątrz-zakładowych, wysoki stan sanitarno-higieniczny, surowe przestrzeganie zasad sanitarno-higienicznych i wzorowa czystość instytucji służby zdrowia musi być bojowym zadaniem trzeciego roku Planu 6-letniego — musi być sprawą honoru każdego pracownika służby zdrowia.

Z innych ważnych zadań, jakie stoją przed aparatem ochrony zdrowia, jest wciąganie jak najszerszych mas do walki o zdrowie. Zadaniem służby zdrowia jest uświadomić masom pracującym społeczną i gospodarczą wagę walki o zdrowie, walki o wysoki poziom kultury sanitarnej i jak najlepszy stan sanitarno- higieniczny kraju. W związku z tym przed całym aparatem ochrony zdrowia staje problem szerokiej *ofensywy uświadamiającej* masy pracujące o konieczności walki o zdrowie.

Trzeci rok Planu 6-letniego będzie zatem przede wszystkim rokiem pogłębiania, umacniania i wzmożonej kontroli nad wykonywaniem wszystkich reform i zadań, jakie zapoczątkowaliśmy w pierwszych 2 latach Planu 6-letniego, a których celem było i jest — *zabezpieczenie i podniesienie jakości ochrony zdrowia klasy pracującej.*

Doświadczenia pierwszych lat Planu 6-letniego wskazują m.in. i na to, że im wyższy był poziom ideowo-polityczny i im większe marksistowsko-leninowskie uświadomienie pracowników służby zdrowia, tym lepsze były owoce ich pracy zawodowej. Stąd na zagadnienia szkolenia ideologiczno-politycznego trzeba zwrócić dużą uwagę. Głębokie, twórcze opanowanie teorii marksizmu-leninizmu pomoże każdemu w rozwiązywaniu najbardziej skomplikowanych sytuacji w walce o zdrowie ludzi pracy.

Walka o ideologiczny poziom wiąże się równocześnie z walką przeciwko nawykom, naleciałościom i pozostałościom odziedziczonym po społeczeństwa eksploatatorskim. Do takich pozostałości dawnego ustroju należy niewłaściwy wzajemny stosunek poszczególnych zawodów służby zdrowia: lekarza do felczera, felczera do lekarza, pielęgniarki dyplomowanej do młodszej pielęgniarki i odwrotnie młodszej do starszej. Stosunek ten powinien być stosunkiem starszej siostry do młodszej siostry i odwrotnie — młodszej do starszej. Koleżeńska, wzajemna i bezinteresowna pomoc w pracy, pomoc udzielana pozostającym w tyle przez przodujących dla osiągnięcia jak najlepszych wyników w walce o zdrowie ludzi pracy, dążenie przodujących do upowszechnienia swoich doświadczeń, swojej wiedzy, pociąganie zacofanych do poziomu przodujących w imię interesów zdrowia mas pracujących — to program każdego pracownika służby zdrowia.

Mówiąc o ideologicznym uświadomieniu, trzeba zwrócić szczególną uwagę na zapoznawanie się z nauką Pawłowa, która nam wiele dotąd spraw niejasnych i niezrozumiałych wyjaśni, która nam ułatwi zrozumienie naszych zadań, naszych obowiązków i naszej roli. W świetle nauki Pawłowa zrozumiemy, jak wielkie znaczenie w walce o zdrowie, w walce o przedłużanie życia ludzkiego, ma wywalczenie i zapewnienie ludzkości trwałego pokoju. W świetle nauki Pawłowa zrozumiemy, że ustrój społeczno-polityczny, jakim jest kapitalizm, jest źródłem wielu chorób.

Nauka Pawłowa między innymi uświadomi nam, jak wielkie znaczenie ma i będzie miało dla walki o zdrowie i życie człowieka zbudowanie socjalizmu w skali ogólnoświatowej.

Wspaniałe osiągnięcia i piękne wyniki pierwszych dwu lat realizacji Planu 6-letniego będą dla nas bodźcem do nowych wysiłków, do nowych zadań, jakie stawia przed nami trzeci rok historycznego planu. Rezultaty wysiłków i pracy roku minionego są nie tylko bodźcem, ale także i źródłem cennych *doświadczeń,* które musimy wykorzystać w roku bieżącym.

Nowe zadania, nowe obowiązki podejmujemy będąc bogatsi i silniejsi w doświadczenia lat minionych. Doświadczenia pierwszych dwu lat 6-letniego Planu nauczyły nas, jak zwyciężać w walce o wykonanie planu, jak plan przekraczać ilościowo i jakościowo. Służba zdrowia zrobi wszystko, aby spełnić te zadania

Bogusław Kożusznik

Doc. dr MIECZYSŁAW FEJGIN

(dokończenie)

Dychawica oskrzelowa

(Astma)

LECZENIE

Doraźne opanowanie napadu dychawicy oskrzelowej zazwyczaj nie przedstawia większych trudności dla lekarza.

Najpewniej działającym lekiem jest w tych wypadkach adrenalina (0,5 — 1,0 ccm podskórnie) lub któryś z jej przetworów zastępczych, jak ephetonina (0,05 podskórnie), ephedryna (0,025 podskórnie), polski preparat ephedrosan (0,0025 doustnie). Dodatek pituitryny wzmacnia działanie adrenaliny (preparat astmolizyna, względnie polska astmolina — po 1 ampułce podskórnie, w razie potrzeby — kilkakrotnie w ciągu doby). Jednak niektórzy chorzy, zwłaszcza po wielokrotnym stosowaniu adrenaliny, zaczynają reagować przykrymi sensacjami i biciem serca, a czasem — szczególnie w przewlekłych przypadkach lub w tzw. **„status asthmaticus“** adrenalina w ogóle przestaje działać. Ephedryna względnie ephetonina posiada działanie słabsze i powolniejsze, ale bywa znoszona lepiej i może być podawana z dobrym skutkiem w ciągu dłuższego czasu.

W lżejszych napadach ulgę przynosi rozpylanie adrenaliny względnie wprowadzanie do nosa wacika, przesiąkniętego 1% jej roztworem.

Na drugim miejscu wśród leków przeciwastmatycznych postawić można atropinę (w dawce 1 mg podskórnie) i pokrewne związki porażające nerw błędny, jak belladona i papaweryna oraz znaczna ilość różnych patentowanych środków w formie papierosów, tabaczki do nosa, różnych płynów do inhalacji, w których skład wchodzą zwykle przetwory makowca, bieluń dziędzierzawa, belladonna, atropina, saletra — w różnych kombinacjach.

W bardzo ciężkich przypadkach trzeba uciekać się nawet do wstrzyknięć morfiny (0,02 g) samej, lub w połączeniu z atropiną i adrenaliną, z dodatkiem koraminy lub kofeiny. Należy jednak w miarę możności unikać morfiny ze względu na możliwość wytworzenia nawyku, a przede wszystkim ze względu na jej porażające działanie na ośrodek kaszlu i utrudnienie wydalania plwociny przy jednoczesnym wzmożeniu wydzielania śluzu — skąd nieraz pogorszenie duszności, a nawet śmierć.

Ostatnio z bardzo dobrym skutkiem stosuje się euphyllinę dożylnie; podana na noc zapobiega często, a nawet przerywa czasami napad już zdeklarowany, chociaż w bardziej uporczywych i ciężkich przypadkach zawodzi.

Daleko większy wybór leków i sposobów leczenia, ale niestety mniej skuteczny, posiadamy w postępowaniu w okresach międzynapadowych dychawicy oskrzelowej, a mający na celu leczenie przyczynowe tego cierpienia. Żaden jednak z tych licznych środków nie jest pewny w działaniu, każdy może pomóc w jednym, a zawodzi w innym przypadku, gdyż wszystkie one działają raczej objawowo i skierowane są przeciw poszczególym zjawiskom, poszczególnym mechanizmom patogenetycznym, a nie obejmują zasadniczego mechanizmu fizjopatologicznego, którego zwichnięcie znajduje swój wyraz w zespole kurczowym oskrzeli.

Otóż stosowane obecnie przez różnych autorów i z różnym skutkiem liczne metody, a właściwie próby leczenia dychawicy oskrzelowej można sprowadzić do kilku grup, a mianowicie:

1) metody uwzględniające czynnik alergiczny i dążące do swoistego i nieswoistego odczulania ustroju,

2) metody uwzględniające momenty nerwowo-centralne i wegetatywne,

3) metody leczenia klimatycznego,

4) metody oparte na stosowaniu bodźców fizycznych,

5) środki farmakologiczne o działaniu nieswoistym,

6) metody chirurgiczne.

Wobec dużego znaczenia, jakie większość autorów przypisuje alergii w patogenezie dychawicy oskrzelowej w leczeniu jej ogromną uwagę

poświęcono sposobom, dążącym do przestrojenia humoralnego ustroju chorego osobnika i zmiany odczynowości. Jest to stosunkowo łatwo osiągalne w tych — niestety mniej licznych — przypadkach dychawicy oskrzelowej, w których mamy do czynienia z wyraźnym uczuleniem wobec jakiegoś określonego alergenu, jak to bywa np. w tzw. dychawicy oskrzelowej zawodowej (u młynarzy, futrzarzy, aptekarzy, koniarzy). W tych wypadkach wystarcza oczywiście przerwanie kontaktu z alergenem, wywołującym uczulenie — zmiana zawodu, wyjazd do innej miejscowości klimatycznej, wyeliminowanie z diety szkodliwego czynnika — aby usunąć objawy chorobowe.

Na ogół trudno jest osiągnąć zupełnie wyeliminowanie substancji uczulającej bądź ze względu na jej szerokie rozpowszechnienie w środowisku życiowym chorego, bądź z tego powodu, że chorzy ci często bywają uczuleni na całą grupę najróżnorodniejszych alergenów.

W tych przypadkach można stosować leczenie metodą odczulania swoistego na znany alergen lub grupę alergenów.

Metody te jednak są bardzo kłopotliwe, wymagają wiele cierpliwości ze strony lekarza i chorego, długotrwałego stosowania, a wyniki bynajmniej nie są bardziej pewne od metod i środków nieswoistych.

Z metod i środków nieswoistych w pierwszym rzędzie należy wymienić stosowanie różnych bodźców nieswoistych. Zasada tego leczenia polega na wywoływaniu szeregu słabych wstrząsów koloidalnych w ustroju chorego w celu zmiany stanu równowagi koloidów, czyli przestrojenia humoralnego i stopniowego osłabienia odczynności w stosunku do szkodliwego alergenu. W tym celu stosuje się wiele różnych substancji i zabiegów. Najbardziej rozpowszechniony był pepton doustnie po 0,5 na 1 godz. przed każdym posiłkiem (u nas preparat Pepticol), albo w zastrzykach podskórnych po 5 cm^3 5% roztworu co 2 — 3 dni, względnie doskórnie po 0,1 cm^3. Wyniki tej metody są jednak niepewne i na ogół mało skuteczne.

Zamiast peptonu stosowano często leczenie bodźcowe — wstrzykiwanie domięśniowe mleka, krwi (autohemoterapia), a nawet tuberkuliny, szczepionek i autoszczepionek bakteryjnych z dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego.

Do nieswoistych sposobów bodźcowego leczenia zalicza się również stosowanie przeszczepów tkankowych według **Fiłatowa,** względnie kawałków narządów zwierzęcych według **Rumiancewa.** Stosowaliśmy metodę Fiłatowa w wielu przypadkach z efektem często pomyślnym, jednak nietrwałym.

Do metod nieswoistego odczulania zaliczyć też można dość rozpowszechnione leczenie dychawicy oskrzelowej histaminą. Zdaniem wielu autorów histamina, względnie substancje histaminopodobne odgrywają ważną rolę w zjawiskach uczuleniowych i wiele objawów uczulenia zależy bezpośrednio od zjawienia się we krwi histaminy lub związków pokrewnych. Mechanizm udziału histaminy w zjawiskach alergicznych zależy jakoby od tego, że w stanach uczulenia znosi się istniejąca w warunkach fizjologicznych normalna zdolność ustroju do zobojętnienia i niszczenia histaminy, której ilość zresztą znacznie wzrasta w związku z uczuleniem. Stąd powstała myśl, aby przez wprowadzenie maleńkich dawek histaminy i wywoływanie słabych, nieszkodliwych odczynów ustroju, stopniowo i ostrożnie zwiększając jej dawkę, przyzwyczaić niejako i uodpornić ustrój przeciwko wstrząsom histaminowym.

Odrębne miejsce wśród nieswoistych metod leczenia dychawicy oskrzelowej zajmuje stosowanie słabych wstrząsów hypoglikemicznych sposobem **Węgierki** przez wstrzykiwanie chorym na czczo insuliny. Rozpoczyna się zazwyczaj od 40 jednostek insuliny podskórnie, ale wrażliwość na insulinę bywa tak różna indywidualnie, że nieraz dla wywołania wyraźnych objawów hypoglikemii trzeba dojść do dawki 80 — 100 jednostek, a nieraz wystarcza już 20 — 25 jednostek. Wstrząsy poinsulinowe wywołać można w czasie napadu dychawicy oskrzelowej, ale można również przeprowadzać systematyczną kurację, stosując serię słabych wstrząsów (po 20 — 40 j.), i w ten sposób uzyskuje się nieraz znaczną poprawę, względnie nawet ustąpienie schorzenia na czas dłuższy. W wielu jednak przypadkach skutek leczenia jest nietrwały, a w innych metoda ta zawodzi.

Farmakologiczne leczenie dychawicy oskrzelowej odgrywa również niemałą rolę i w swej skuteczności bynajmniej nie ustępuje, a czasami nawet przewyższa omówione wyżej metody biologiczne — swoistego i nieswoistego leczenia odczulającego i bodźcowego.

Niezależnie od wymienionych wyżej środków, stosowanych w ostrym napadzie dychawicy oskrzelowej, istnieje cała masa leków stosowanych z większym lub mniejszym powodzeniem w tym ciężkim i uporczywym cierpieniu.

Dobre wyniki daje długotrwałe stosowanie środków działających uspokajająco na ośrodkowy układ nerwowy (b r o m, c h l o r a l h y d r a t, l u m i n a l) w połączeniu ze środkami porażającymi układ przywspółczulny (b e l l a d o n n a, p a p a w e r y n a, a t r o p i n a) lub pobudzającymi układ współczulny (a d r e n a l i n a, e p h e t o n i n a, e p h e d r y n a, przetwory w a p n i a — doustnie, podskórnie, ewentualnie dożylnie łącznie z witaminą B).

Znaczną ulgę przynoszą przetwory z grupy purynowej, zwłaszcza e u p h y l l i n a, stosowana dożylnie w dawkach 0,24 g lub doustnie, albo t h e o b r o m i n a w połączeniu z p a p a w e r y n ą i l u m i n a l e m.

W świeżych i niezbyt ciężko przebiegających przypadkach udaje się nieraz przez stosowanie wyżej wymienionych leków uzyskać bardzo znaczną i długotrwającą poprawę. Autorzy radzieccy stosują chętnie sulfamidy i penicylinę, które mogą być niewątpliwie bardzo skuteczne w przypadkach z wtórnymi zakażeniami dróg oddechowych. Trzeba podkreślić, że stosowanie nowszych preparatów z grupy tzw. antyhistaminowych (a n t y s t y n a, b e n a d r y l, a n t e r g a n i n e o a n t e r g a n, p h e n e r g a n), które na ogół bardzo skuteczne w przypadkach alergii skórnej — w dychawicy oskrzelowej nie dają wyraźnego efektu leczniczego.

Ogromnie ważną rolę w leczeniu uporczywych i ciężkich przypadków dychawicy oskrzelowej odgrywają różne metody, oparte na działaniu czynników i bodźców natury fizycznej, w pierwszym rzędzie — zmiana warunków klimatycznych i otoczenia, a więc całkowita zmiana środowiska zewnętrznego. Dlatego wyjazd do miejscowości klimatycznej i kuracyjnej (Szczawnica, Zakopane, Krynica), ewentualnie w ogóle zmiana miejsca zamieszkania posiada w wielu przypadkach tak cudowny skutek leczniczy.

Z innych czynników i bodźców fizycznych stosowanych w leczeniu dychawicy oskrzelowej wymienić można promieniolecznictwo (kąpiele elektroświetlne, lampę kwarcową, diatermię krótkofalową i napromieniowania rentgenowskie płuc, względnie śledziony), hydroterapię, wreszcie — leczenie wziewaniami najrozmaitszych środków (np. na zachodzi czynione są ostatnio próby wziewań mieszaniny tlenu z helem, które powodować mają przerwanie nawet bardzo ciężkich napadów).

Niepodobna również pominąć i prób chirurgicznych leczenia dychawicy oskrzelowej. Nie mówiąc o usuwaniu drogą operacyjną ognisk zakażenia z migdałków, jam obocznych nosa, ciał obcych z dróg oddechowych itd., jako czynników alergizujących, wyrośli adenoidalnych lub skrzywień przegrody nosowej, jako czynnika mogącego powodować dychawicę oskrzelową na drodze odruchowej — istnieją próby zabiegów bezpośrednio na nerwach układu roślinnego, mające na celu przywrócenie zaburzonej równowagi tego układu.

Reasumując, bilans naszej obecnej wiedzy o dychawicy oskrzelowej zarówno co do jej patogenezy jak i leczenia, daleki jest jeszcze od ostatecznego zamknięcia. Nie ulega wątpliwości, że i dziś, jak przed laty stoimy jeszcze wobec szeregu niewiadomych, czekających na ostateczne wyjaśnienia, że i dziś znamy masę poszczególnych faktów, poszczególnych fragmentów, a nie umiemy jeszcze objąć całości.

Niewątpliwie dopiero dalsza rozbudowa nauki Pawłowa, dokładniejsze zrozumienie skomplikowanych mechanizmów, kierujących życiem i czynnościami poszczególnych narządów i układów ustroju w ich wzajemnym powiązaniu ze sobą, ze środowiskiem zewnętrznym i we wspólnej zależności czynnościowej od wyższych ośrodków nerwowych da nam klucz do zrozumienia istoty wielu stanów chorobowych i do ich skutecznego leczenia.

ASTMA U DZIECI

Omawianie dychawicy oskrzelowej byłoby niekompletne bez uwzględnienia dychawicy oskrzelowej u dzieci, która z wielu względów stanowi oddzielne zagadnienie i która, jak słusznie pisze radziecka lekarka **Zwiagincewa,** nie znalazła jeszcze dostatecznego oświetlenia w piśmiennictwie lekarskim. Schorzenie to w wieku dziecięcym przebiega najczęściej nietypowo, tak że właściwe rozpoznanie stawiane bywa zwykle późno, nieraz po 1 — 4 latach trwania. Sprawa u małych dzieci rozpoczyna się zazwyczaj nie od ostrego napadu, jak to bywa u dorosłych, ale od objawów nietypowych — kataru, kaszlu z pod-

niesieniem ciepłoty. Często wystąpienie właściwych objawów poprzedzone bywa przez ogólne zaburzenia, jak niepokój, bezsenność, zanik łaknienia, uczucie drapania w gardle, swiąd nosa, kichanie. Napady zjawiają się zwykle nocą, towarzyszy im — w odróżnieniu od dorosłych — męczący, suchy, często szczekający kaszel, przypominający krup, oddech bywa raczej przyspieszony, a duszność — wydechowa. Małe dzieci rzucają się niespokojnie w łóżeczku, twarz przybiera wyraz cierpiący, przerażony, skóra staje się blada, występuje sinica warg i kończyn, często zimny pot. Badaniem fizykalnym stwierdza się objawy ostrego rozdęcia płuc — obniżenie dolnych granic, bębenkowy odgłos opukowy i przesłonięcie stłumienia serca, osłuchowo — obfite świsty z domieszką wilgotnych rzężeń, tym liczniejszych, im młodszy jest wiek dziecka, co często daje powód do mylnego rozpoznania zapalenia płuc, tym bardziej, że napadom tym u dzieci towarzyszy zazwyczaj gorączka. Stan taki trwać może do kilku dni i kończy się wilgotnym kaszlem ze szklistą, ciągnącą się plwociną, a u najmłodszych dzieci nie umiejących jeszcze odkrztuszać — wymiotami.

W wielu wypadkach zamiast wyżej opisanych napadów, dychawica oskrzelowa u dzieci powoduje okresowe, powtarzające się co kilka tygodni lub miesięcy, skurczowe nieżyty oskrzeli, trwające do 2 — 3 tygodni. Towarzyszy im uporczywy kaszel, duszność stała, duża ilość świstów i rzężeń w płucach, często podniesiona ciepłota, a u bardzo małych dzieci — ciężki stan ogólny. Matki mówią wtedy, że „dziecko ciągle się przeziębia“. Z czasem te okresowe nieżytowe stany oskrzeli przejść mogą w typowe napady dychawicy oskrzelowej.

Zasadnicza różnica między astmą dziecięcą, a astmą u dorosłych polega, zdaniem **Zwiagincewoj,** na tym, że u dzieci częściej spotyka się „wilgotna“ jej postać z objawami nieżytowymi, z obrzękiem i obfitym wydzielaniem śluzówki oskrzeli, podczas gdy u dorosłych występuje raczej „sucha“ postać z przewagą objawów kurczowych.

Przebieg i trwanie dychawicy oskrzelowej u dzieci bywają bardzo zmienne: napady mogą być bardzo łagodne i ograniczać się do świszczącego oddechu zaraz po zaśnięciu — nawet bez przebudzenia się dziecka, mogą też przebiegać bardzo ciężko, trwać po 2 — 3 doby i powodować znaczne załamania w stanie ogólnym małego pacjenta. Częstość napadów bywa bardzo rozmaita — co noc, kilka razy na tydzień lub też raz na kilka miesięcy. Im wcześniej wystąpią napady dychawicy oskrzelowej, tym więcej szans, że skończy się ona w okresie dojrzewania płciowego. W cięższych i uporczywszych przypadkach astmy u dzieci nie należy zapominać o możliwości ciała obcego w drogach oddechowych i — z tego względu — nie pomijać wykonania bronchoskopii. Z badań laboratoryjnych opierać się można na eozynofilii krwi, gdyż plwocinę otrzymać jest bardzo trudno, zwłaszcza u małych dzieci.

Leczenie dychawicy oskrzelowej u dzieci prowadzone być musi na ogół w myśl tych samych zasad, co i u dorosłych, szczególnie jeżeli chodzi o przerwanie ostrego napadu.

Przetwory makowca, a zwłaszcza morfina są u dzieci **przeciwskazane** jeszcze bardziej kategorycznie niż u dorosłych.

W przerwach między napadami należy zwracać baczną uwagę na stan ogólny i nerwowy, dbać o przebywanie chorych na świeżym powietrzu, usuwać z otoczenia i pokarmów dziecka substancje mogące wywoływać stan uczulenia, jak jaja, czekolada, kakao, miód, doprowadzać obficie witaminy, ewentualnie próbować leczenia metodami odczulania swoistego i nieswoistego.

Poza tym — przetwory wapnia, klimatoterapia, gimnastyka oddechowa odnoszą nieraz wybitny sukces leczniczy.

Mieczysław Fejgin

Zawiadamiamy naszych Czytelników, **że brakujące numery mies.** „Pielęgniarka Polska“ **z lat ubiegłych oraz nieoprawione roczniki za rok 1951** można nabyć w Wydziale Wydawniczym Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża, Warszawa, Mokotowska 14, za zaliczeniem pocztowym.

Doszkalamy młodsze pielęgniarki

Koncepcja stworzenia kadr młodszych pielęgniarek powstała w r. 1949, w okresie gdy nasze lecznictwo cierpiało na poważny brak sił pielęgniarskich.

Wyłoniła się wówczas konieczność **bardzo szybkiego** i **masowego** wyszkolenia pielęgniarek.

Jednocześnie, dla zapewnienia dostępu do tego zawodu szeregom dziewcząt z klasy robotniczej i chłopskiej, dziewcząt, które w przeważającej liczbie posiadały niski cenzus naukowy, a stanowiły doskonały element społeczny, cenzus przyjęć określono na 7 klas szkoły podstawowej.

Krótkoterminowe nauczanie i niski cenzus kandydatek nie mogą, rzecz jasna, zapewnić wysokiego poziomu szkolenia zarówno zawodowego, jak i ideologicznego.

Kursy Młodszych Pielęgniarek zostały więc pomyślane jako udostępnienie ogólnych, podstawowych wiadomości pielęgniarskich, wymagających dalszego ich pogłębiania i rozszerzania, **już w czasie pracy.**

Przy ogromnej masowości szkolenia PCK, przy braku niejednokrotnie odpowiednich kandydatek, a także silnie odczuwanego braku kadr pedagogicznych — zarówno pielęgniarskich jak i lekarskich — może się oczywiście zdarzyć, że kurs opuści taka absolwentka, której późniejsza praca i postawa społeczna wyeliminuje ją z zawodu. Na tyle tysięcy młodszych pielęgniarek — absolwentek pielęgniarskich kursów PCK — spotkamy zapewne wiele takich, które nie nadadzą się do zawodu, dyskwalifikując się lekceważeniem swych obowiązków, złym, aspołecznym zachowaniem, czy naganną postawą moralną.

Jednak jest rzeczą pocieszającą, że podobne wypadki zdarzają się rzadko, sporadycznie, są piętnowane ku przestrodze innych i uczulają nas zarówno w kierunku racjonalniejszego naboru, jak i samego szkolenia oraz późniejszej opieki nad absolwentkami.

I tu pozwolę sobie na pewną dygresję. Otóż, jak wynika z doświadczenia, przy zbieraniu opinii o absolwentkach w tych zakładach pracy, gdzie otaczano je staranną opieką, stworzono przyjemną atmosferę oraz zorganizowano szkolenie — cieszą się one bardzo dobrą opinią. Natomiast przyjęcie nieprzyjazne, brak opieki, wytyczenia kierunku i niezorganizowanie szkolenia powoduje, rzecz jasna, obniżenie się poziomu pracy młodszych pielęgniarek, ich złe samopoczucie, a co za tym idzie — negatywne wyniki w pracy.



(L. Wdowiński)

Dobrze zaopatrzona biblioteka pomaga w systematycznym doszkoleniu

Jest więc jasne, że te różne opinie, jakie słyszymy o młodszych pielęgniarkach, to nie tylko opinie o absolwentkach, ale często świadectwa pracy organizacji społecznych na terenie tych zakładów, sióstr przełożonych i starszych pielęgniarek.

Na czym polega właściwa opieka, jaką powinno się otoczyć młodsze pielęgniarki i do kogo ona należy?

Przede wszystkim opiekę nad nimi powinna roztoczyć Podstawowa Organizacja Partyjna, koło ZMP oraz Rady Miejscowe Zw. Zaw. Pr. Sł. Zdr.

Organizacje te powinny zainteresować się każdą, nowoprzybyłą młodszą pielęgniarką, przeprowadzić z nią rozmowę indywidualną (bez względu na jej przynależność organizacyjną lub brak takiej przynależności), powinny zainteresować się jej warunkami bytowymi, sta-

nem rodzinnym i ewentualnymi aspiracjami społecznymi.

Szczera, serdeczna rozmowa, z przełożoną zakładu, koleżeńskie przyjęcie przez zespół pielęgniarek i lekarzy — to pierwszy krok na drodze zawodowej i niejednokrotnie krok **decydujący** o dalszym rozwoju młodszej pielęgniarki, o dalszej jej pracy zawodowej i społecznej, o jej samopoczuciu i zaufaniu do zespołu.

Dalej, sprawą niezmiernie ważną jest stworzenie systematycznego **doszkalania** młodszych pielęgniarek zarówno w dziedzinie zawodowej, jak i szkolenia ideologicznego.

Szkolenie ideologiczno-społeczne powinno iść dwiema drogami: **po pierwsze:** przy pomocy systematycznego szkolenia ideologicznego, opartego o kurs zorganizowany przez Podstawową Organizację Partyjną PZPR, ZMP, czy Związek, kurs Wszechnicy Radiowej, bądź samokształcenie dla zaawansowanych w szkoleniu członków partii;

po drugie: za pomocą wciągania zespołu pielęgniarskiego do pracy społecznej, związkowej, świetlicowej, bibliotecznej; do współzawodnictwa, systemu oszczędnościowego na wzór korabielnikowców itd.



Dobrze przygotowany wykład pochłania uwagę i ułatwia późniejszą naukę własną

Nie będę tu szczegółowo omawiać metod szkolenia ideologiczno-społecznego, które w każdym zakładzie powinno być stawiane pod kierunkiem Podstawowej Organizacji Partyjnej PZPR, lub Związku, natomiast pragnę podkreślić fakt, że element, jaki opuszcza Ośrodki Szkolenia PCK, to w większości element społecznie wybrany, przeważnie element młody, podatny na wpływy wychowawcze, jednak niekiedy jeszcze niewyrobiony i wymagający dłuższej i systematycznej nad nim pracy.

Doszkalanie zawodowe powinno pójść trzema drogami.

Musimy zdać sobie sprawę, że dziewczęta, które przychodzą do półrocznego Ośrodka Szkolenia PCK, to niejednokrotnie materiał zupełnie surowy, napływający przeważnie ze wsi, posiadający duże braki.



Praktyczne zajęcia winny być konsultowane przez instruktorkę

Na wyrównanie tych braków oraz na naukę najbardziej zasadniczych pojęć medycznych i pielęgniarskich przeznaczono, o czym nie należy zapominać, zaledwie 6 miesięcy.

Musimy zdać sobie sprawę, że absolwentki kursów Młodszych Pielęgniarek PCK nie są pielęgniarkami pełnokwalifikowanymi, że ich przygotowanie jest jeszcze bezwzględnie niedostateczne i jedynie **podstawowe**, że nie wolno wymagać od nich pełnej wiedzy fachowej i pełnej umiejętności wykonywania zabiegów.

Przyswajając sobie dość dużo wiadomości teoretycznych, nie mają one, w tak krótkim czasie, możności ugruntowania ich poprzez praktykę i przejście młodszej pielęgniarki do pracy jest właściwie przejściem, jak gdyby na dalszą praktykę.

Tę praktykę winno im się ułatwić, traktować je nie tylko jako pracownice, ale jednocześnie jako uczennice, które w ciągu 2—3 lat powinny pod kierunkiem lekarzy i pielęgniarek dyplomowanych przejść doszkolenie, ułatwiające im zdanie egzaminu państwowego.

Doszkalanie zawodowe, jak już powiedziałam, powinno pójść trzema drogami:

po pierwsze więc, powinno się stworzyć systematyczne kursy doszkoleniowe według z góry ustalonego już programu przez Ministerstwo Zdrowia. Program ten przewiduje szkolenie 2-letnie i pozwoli na doprowadzenie większości młodszych pielęgniarek do egzaminu państwowego;

po drugie: doszkalanie zawodowe powinno opierać się także na stałych odprawach z młodszymi pielęgniarkami, prowadzone przez oddziałowe i przełożone. Ważną rolą w doszkalaniu odgrywają także referaty lekarskie, obecność młodszych pielęgniarek na obchodzie otrzymywanie odpowiedzi na dręczące je wątpliwości;

po trzecie: młodsza pielęgniarka powinna zacząć swą pracę w szpitalu pod troskliwą opieką i czujnym okiem starszej koleżanki, która powinna zaobserwować jej umiejętność wykonywania trudniejszych zabiegów oraz nauczyć ją powoli tych zabiegów, które nie wchodzą w zakres nauczania w ośrodku.

Koleżeńskie, przyjazne i cierpliwe uwagi pomogą jej opanować technikę zawodową, jednak ton i treść tych uwag nie powinny dotknąć młodszej pielęgniarki, ażeby zamiast pożytku nie wyniosła poczucia niższości i uczucia zastraszenia.

Można założyć bez większego ryzyka, że 90 proc. młodszych pielęgniarek systematycznie doszkalanych na kursach i stale instruowanych przez lekarzy i pielęgniarki dyplomowane — okaże się elementem zarówno pod względem zawodowym jak i ideologicznym — na poziomie.

Reszta, która nie podąży drogą szkolenia i wzrostu — odpadnie od zawodu. Lecz te 90 proc. młodszych pielęgniarek, doszkolonych przez personel pielęgniarski będzie stanowić poważną jego zasługę, wielkie osiągnięcie na polu zawodowym i społecznym.

Anna Biernacka



DO NASZYCH CZYTELNIKÓW

Opłacanie prenumeraty zleconej u listonoszy lub w placówkach pocztowych **jest najtańszym i najpraktyczniejszym sposobem regularnego otrzymywania miesięcznika „PIELĘGNIARKA POLSKA“.**

Przy dokonywaniu wpłaty, która wynosi w prenumeracie zleconej kwartalnie 4.50 zł., półrocznie zł. 9, rocznie zł. 18, nie trzeba wypełniać blankietu i nie ponosi się dodatkowych kosztów przesyłki pieniężnej.

Mies. „PIELĘGNIARKA POLSKA“ jest doręczany przez listonoszy do mieszkań czytelników.

Urzędy pocztowe i listonosze przyjmują wpłaty na prenumeratę zleconą na II kwartał 1952 r. do 15 marca, na III kwartał do 15 czerwca, na IV kwartał do 15 września.

Opłacenie prenumeraty do końca roku zapewni regularne otrzymywanie miesięcznika „PIELĘGNIARKA POLSKA“.

Dr farm. W. W. GŁOWACKI

O trwałości leków

PIELĘGNIARKA w swojej codziennej pracy często spotyka się z zagadnieniem trwałości leków, a nieraz znajduje się nawet w sytuacji kłopotliwej, kiedy ma osądzić czy dany lek, zmieniwszy swój normalny wygląd zewnętrzny, do jakiego przywykła, nie uległ również zmianom chemicznym, które ze środka leczniczego uczyniły go szkodliwym lub pozbawiły wartości. Nieraz też pielęgniarki zadają sobie pytanie: czy zewnętrznie zmieniony środek podać choremu jako lek mniej wartościowy, czy też w ogóle wstrzymać się od podania go? Zdarza się bowiem, że lekarstwo zmienione pod względem swego składu chemicznego, czyli — jak się to popularnie nazywa — „zepsute", może szkodzić zdrowiu pacjenta. Ponieważ zaś możliwości takie zdarzają się wcale nierzadko, dlatego też sprawa trwałości leków jest zagadnieniem niezmiernie ważnym, a jej znajomość — rzeczą konieczną, zwłaszcza dla pielęgniarek, przez których ręce przechodzą wszystkie środki lecznicze, jak to ma miejsce np. w szpitalu.

Ogólna orientacja w tym zakresie należy niewątpliwie do podstawowego wykształcenia pomocniczych sil lekarskich.

UWAGI o trwałości leków, którymi podzielę się z czytelniczkami, dotyczą wszystkich lekarstw, a więc takich, które przyprzygotowuje farmaceuta w aptece według recepty ordynującego lekarza, oraz g o t o w y c h, twz. „specyfików", jakie przemysł farmaceutyczny dostarcza w oryginalnych opakowaniach. Specyfiki w gruncie rzeczy są również środkami recepturowymi, ale przygotowanymi masowo przez odpowiednie zakłady wytwórcze; mają zresztą takie same formy zewnętrzne, są więc proszkami, syropami, roztworami, czopkami, maściami itd.

Stawiając sobie zasadnicze pytanie „co powoduje zmianę środka leczniczego?" — stwierdzić musimy, że decydują o tym następujące czynniki:

1. powietrze, a właściwie stopień jego wilgotności i zawarty w nim t l e n,
2. światło i ciepło,
3. procesy chemiczne, powstające samoistnie na skutek zestawienia różnych składników,
4. drobnoustroje wszelkiego rodzaju.

Ujemny wpływ p o w i e t r z a na leki można w dużym stopniu ograniczyć przez staranne uszczelnianie opakowań, a więc przede wszystkim przez dokładne korkowanie butelek — korkami zwykłymi, gumowymi, czy też szklanymi, ściśle dotartymi do przekroju szyjki. Trzeba zwracać pilną uwagę, aby butelki, słoiki, pudełka i inne rodzaje opakowań, w jakich przechowuje się leki, były dokładnie zamknięte korkiem, wieczkiem lub przykrywką.

Ujemne działanie ś w i a t ł a na leki zmniejszamy, przechowując lekarstwo w naczyniach z ciemnego szkła, przeważnie brązowego. Chodzi tu w pierwszym rzędzie o środki takie, jak eter, chloroform, woda utleniona itp. Środków tych, chociaż chronią je do pewnego stopnia ciemne naczynia, nie należy stawiać nigdy w miejsca nasłonecznione, lecz przeciwnie — strzec przed światłem i chować w miejscu zacienionym, najlepiej w nieoszklonej szafie.

Również światło, a zwłaszcza wyższa ciepłota otoczenia mogą w niektórych lekach wzbudzić procesy chemiczne. Wypływa stąd konieczność umieszczania tych leków w porze letniej w lodówkach, względnie wstawiania do zimnej wody w pomieszczeniu chłodnym i zacienionym.

Spośród drobnoustrojów, które głównie rozwijają wobec leków niszczycielską działalność, wymienić trzeba p l e ś n i a k i i b a k t e r i e. Dlatego też aptekarz przygotowując lekarstwa zwraca uwagę, by robić to w warunkach, w jakich obecność drobnoustrojów była by w miarę możności wykluczona. Przechowując gotowy środek leczniczy przez czas dłuższy należy pamiętać, że mimo wszystko bakterie mogły się jednak do niego dostać później i wywołać niepożądane, szkodliwe zmiany.

Poniżej omówię bardziej szczegółowo w jakim kierunku postępuje rozkład leków, a jednocześnie postaram się określić stan, w jakim zmienione leki nie nadają się do użycia. Podam także kilka praktycznych wskazówek, by postępując według nich nie dopuścić do psucia się leków. Nie wolno bowiem zapominać, że w ogólnej materiałowej gospodarce państwowej niszczenie środków leczniczych może powodować bardzo duże straty, a staje się karygodne w wypadkach, kiedy możemy temu zapobiec.

PROSZKI

Proszki, przechowywane w torebkach i nieodpowiednich pudełkach, narażone są na:

a. wysuszenie,
b. zwilgotnienie,
c. zmiany chemiczne pod wpływem promieni słonecznych.



Wysuszeniu podlegają takie chemikalia, jak **natrium sulfuricum, magnesium sulfuricum, sal Carolium** (sole gorzkie i karlsbadzka) itp., zawierające w sobie tzw. wodę krystalizacyjną; po jej wyparowaniu wymienione środki tracą na wadze, niekiedy nawet dość dużo. Obserwując dokładniej, zauważymy, że kryształki rozpadają się. Mówimy wtedy, że te substancje chemiczne „wietrzeją", w rzeczywistości zaś

stają się po tym procesie bardziej skoncentrowane. Chcąc je zatem użyć, należy odpowiednio zmniejszyć ich dawkę. Lepiej jednak odstawić je, tym bardziej, że nie należą do leków drogich.

Nieco inną grupę stanowią proszki, które nawet w normalnych warunkach przechowywania dość szybko ulatniają się. Do leków tej grupy należą środki „lotne“ — kamfora, mentol, wodan chloralu (**chloralhydrat**), jodoform, kwas benzoesowy itd. Odwrotnie, do środków, które z powietrza wilgoć przyciągają należą takie związki chemiczne, jak: **natrium bromatum, natrium jodatum, sal Erlenmeyeri, urotropina, ferrum oxydatum saccharatum,** a w mniejszym stopniu — **natrium chloratum** (sól kuchenna). W następstwie przyciągania wody proszki te rozpływają się, albo zbijają się w bryły, dlatego więc przechowujemy je w naczyniach szczelnie zamkniętych. W mieszaninie z innymi substancjami zapisuje się je w formie roztworów, jeśli zaś zachodzi potrzeba stosowania ich w porcjach dozowanych, to wkłada się je do kapsułek z parafinowanego papieru.

Ostatnią wreszcie grupę stanowią proszki wrażliwe na działanie promieni słonecznych. Należą tu przede wszystkim związki srebra, a z nich najczęściej w lecznictwie używany azotan srebra (**argentum nitricum** — lapis, zwany także kamieniem piekielnym), który pod wpływem światła szybko się zmienia, ciemnieje; roztarty w maści (**unguentum Mikulicz**) powoduje po pewnym czasie zupełnie zbrunatnienie wazeliny; jeśli zabrudzimy nim przypadkowo skórę, to staje się ciemnobrunatna; podobnie dzieje się z jego roztworami. Do innych związków światłoczułych należą: piramidon, naftol, rezorcyna, chinina, santonina itd

TABLETKI

Lekospis polski stawia wymagania tego rodzaju, aby leki w postaci tabletek rozpadały się w wodzie w czasie od kilku sekund do 10 minut. Tabletek, które w tym czasie się nie rozpadną stosować nie można, ponieważ i przez przewód pokarmowy mogą również przejść nierozpuszczone, nie dając tym samym pożądanego efektu leczniczego.



Wyjątek śród nich stanowią pastylki do ssania, których masa jest specjalnie dobrana i sporządzona w taki sposób, by pastylka mogła być jak najdłużej trzymana w ustach.

Tabletek, które na skutek samoistnego rozkładu rozpadły się, albo też zwilgotniały, również nie będziemy podawać chorym.

DRAŻETKI

Drażetki są to tabletki powleczone przeważnie warstwą cukru, niekiedy w połączeniu z innymi substancjami smakowymi. Dzięki powleczeniu leki w tej postaci stają się smaczne, jeśli ich zawartość jest dla pacjenta nieprzyjemna. Powleczenie takie ma również na celu oddzielenie właściwej masy tabletki, złożonej np. z suchych, higroskopijnych (tj. chciwie chłonących wodę) wyciągów roślinnych, od bezpośredniego dostępu wilgoci.



Z chwilą więc, gdy drażetki utraciły swc warstwę zewnętrzną, albo zmieniły zabarwienie na czarne lub brunatne — nie powinno się ich już choremu podawać.

Urzędowy lekospis polski wymaga, aby drażetki powleczone cukrem, czekoladą lub żelatyną rozpadały się lub rozpuszczały w wodzie o temperaturze 37° C w czasie pół godziny.

OPŁATKI, KAPSUŁKI papierowe i żelatynowe

Przy tych dozowanych postaciach leków zauważamy niekiedy zjawisko zwilgotnienia, na skutek przyciągania przez nie, względnie przez substancje w nich zawarte, wilgoci z powietrza. Zwilgotniałe leki w omawianej postaci nie nadają się do użytku. Aby zapobiec niszczeniu się środków higroskopijnych, wkłada się je od razu do parafinowanych kapsułek papierowych, albo też lekarz przepisuje je w innej formie, np. w pigułkach, roztworze itp.

PIGUŁKI

Jeżeli pigułki sporządzone są z masy bardzo miękkiej, mogą się po niedługim czasie ze sobą zlepiać, a nawet pokrywać pleśnią. Odwrotnie zaś, pigułki przechowywane w pomieszczeniu zbyt suchym stają się tak twarde, że w przewodzie pokarmowym nie rozpuszczają się, i tym samym nie wykazują żadnego działania leczniczego. Z tego względu farmakopea polska stawia następujące wymagania: pigułki wrzucone do 50 cm^3 wody o temperaturze 37°C, wstrząsane co 15 min., powinny się rozpaść przed upływem 2 godzin.

ZIÓŁKA

W miarę upływu czasu w surowcach roślinnych rozkładają się nie tylko zawarte w nich ciała czynne, ale i zewnętrzne właściwości, a mianowicie zapach i kolor, które przy dostępie powietrza znikają dość szybko. Przy określaniu zdatności ziółek do użycia jedynie na podstawie ich cech zewnętrznych trudno jest nieraz zdecydować, czy rzeczywiście nadają się do użytku. W myśl ogólnie przyjętej zasady, ziółka przechowywane dłużej niż 1 rok należy z użycia wycofać.

Rzecz jasna, dużą rolę odgrywa sposób przechowywania. Nie będziemy więc pozostawiać ziółek przez dłuższy czas w torebkach,

ponieważ wilgoć z powietrza niewątpliwie wpłynie na zmianę zawartych w roślinach substancji działających leczniczo, tzw. ciał czynnych, które stanowią najcenniejszą ich wartość i decydują o stosowaniu.



Przechowywanie ziółek w szczelnych pudełkach blaszanych lub w szklanych słojach bez żadnego dostępu powietrza sprawia znów, że nabierają one stęchłego zapachu. Praktyka wykazuje, że do tego celu najlepiej nadają się puszki drewniane.

W surowcach roślinnych mogą się także zagnieździć robaki, które nie tylko pożerają je, ale, co gorsza, pozostawiają tam swoje wydaliny, pajęczynę itp. Szczególnie często spotykamy to w korzeniach i owocach. Jasna rzecz, że takie ziółka budzą obrzydzenie i należy je po prostu spalić.

MAŚCI, PASTY, OLEJE

Ponieważ w skład wielu maści i past wchodzą tłuszcze, płynne lub stałe, dlatego leki w tej postaci omawiam wrazem z olejami, czyli tłuszczami płynnymi. Jednakże w stosowaniu ich jest pewna różnica, ta mianowicie, że maści i pasty („maści twarde") przepisuje się wyłącznie do użytku zewnętrznego, podczas gdy oleje mogą być również podawane do wewnątrz.

Wspólną ujemną właściwością tych leków jest to, że tłuszcze łatwo ulegają rozkładowi, czyli — jak to potocznie nazywamy — j e ł c z e j ą. Dzieje się to w stosunkowo krótkim czasie, zwłaszcza gdy tłuszcz wystawiony jest na działanie powietrza, światła lub wody. Tłuszcze zjełczałe poznajemy po prostu za pomocą powonienia. Stosując leki zawierające tłuszcze zjełczałe narażamy chorego na przykre następstwa: olej podany doustnie, często o kwaskowym smaku, powoduje burzliwe zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, środki zewnętrzne natomiast podrażniają skórę chorego. Nie należy także zapominać, że również inne składniki zmieszane z tłuszczami łatwiej w tych warunkach ulegają rozkładowi, a cały lek — zepsuciu.

Wszystkie tłuszcze roślinne i zwierzęce mogą zjełczeć, natomiast w a z e l i n a, zaliczana do tzw. tłuszczów mineralnych, jest substancją trwałą, niejełczejącą. Z tego właśnie względu, stosuje się wazelinę szeroko w dermatologii i kosmetyce.

Przy przechowywaniu olejów i maści, które nie zawierają wazeliny, należy pamiętać zawsze o starannym korkowaniu butelek i szczelnym zakrywaniu słoików itp. naczyń. Wszelkiego rodzaju naczynia służące do przechowywania takich środków powinny być ciemne i zupełnie suche w czasie napełniania. Ta ostatnia uwaga specjalnie dotyczy butelek, do których wlewamy oleje, np. tran.

CZOPKI I PRĘCIKI

W czasie dłuższego przechowywania i te formy leków ulegają zmianom. Widzimy więc nieraz, że zmieniły zabarwienie, że nastąpiło oddzielenie składników, z jakich są wyrobione, najczęściej zaś spostrzegamy proces jełczenia ich masy podstawowej, tj. oleju kakaowego. Oczywiście, czopków ani pręcików tak zmienionych stosować w lecznictwie nie można.

Czopki i pręciki, pozostawione w miejscu nasłonecznionym lub zimą w pobliżu pieca, rozpływają się czyli topnieją. Należy więc przechowywać je w chłodzie i w miarę możności zawsze w pudełeczkach z kartonu.

PLASTRY

Trwałość i użyteczność plastrów zależy przede wszystkim od warunków, w jakich są przechowywane. Do czynników najbardziej szkodliwych należy suche powietrze i wysoka ciepłota otoczenia. Masa plastra, wyrobiona z kauczuku (przeważnie) i wymieszana z odpowiednimi środkami działającymi, staje się — pod wpływem suszy — krucha i łamliwa. Pod wpływem zaś gorąca masa plastyczna rozlewa się, a następnie zbija w nieregularne grudki.

W jednym i drugim wypadku plaster przestaje nadawać się do użytku, stracił bowiem zdolność przyczepiania się do skóry, przy czym często — jak wiemy — zbite grudki ciągną się nitkowato. Zwilżenie plastra benzyną może czasem przywrócić mu zdolność przyklejania się, żależy to jednak od rodzaju składników, z jakich sporządzona jest masa plastyczna.

c. d. n.

Praktyczne wnioski z nauki Pawłowa

IDEE wielkiego fizjologa rosyjskiego I. P. Pawłowa przenikają coraz głębiej w życie praktyczne. Zakłady lecznicze, zgodnie z wysuniętymi przez niego zasadami, ulegają przestrojeniu. Przykładem tego są prace makarowskiego szpitala rejonowego w okręgu kijowskim w ZSRR, które otrzymały przychylną ocenę Rady Naukowej dla zagadnień nauki fizjologii I. P. Pawłowa. O pracach tych piszą: W. Sazonow i Ł. Gambarin w Nr. 95 czasopisma „Medicinskij Rabotnik" z dn. 13 grudnia 1951 r.

Opierając się na nauce I. P. Pawłowa, pracownicy wspomnianego szpitala wprowadzili specjalny system, nazwany przez nich o c h r o n n o - l e c z n i c z y m. Ideą przewodnią tego systemu jest odsunięcie od chorego wszelkich ujemnie działających czynników środowiska zewnętrznego, a równocześnie napięcie jego układu nerwowo - psychicznego.

Po ankiecie przeprowadzonej wśród chorych różnych zakładów leczniczych Kijowa, pracownicy szpitala makarowskiego stwierdzili, że czynnikami szczególnie źle wpływającymi na chorych są: — swoisty szum i gwar szpitalny, specyficzny zapach szpitalny, bolesne zabiegi rozpoznawcze i lecznicze itp. Wobec powyższego personel szpitalny zwrócił wszystkie swe siły w kierunku usunięcia tych ujemnie działających czynników.

CISZA LECZY

Przede wszystkim wprowadzono w szpitalu o b o w i ą z u j ą c ą personel, ale nie chorych, zasadę rozmawiania szeptem, wystrzegania się stukania drzwiami, wiadrami, talerzami itp. Zwrócono także uwagę na inne, przykre hałasy, jak s k r z y p i e n i e zawiasów w drzwiach, co zostało usunięte przez ich naoliwienie, plusk wody cieknącej z kranów, na które nałożono gumowe rurki, stuk obuwia o podłogę, na którą położono obecnie chodniki i dywaniki, personel zaś zaczął chodzić w miękkich pantoflach, wreszcie — łoskot krzeseł i taboretów, których nóżki zaopatrzono obecnie w gumowe podkładki.

W ten sposób uzyskano potrzebny choremu spokój.

Następnie usunięto nieprzyjemne zapachy ropy i środków odkażających przez bardziej dokładne wietrzenie sal chorych, korytarzy, sali operacyjnej i opatrunkowej.

TROSKA O SAMOPOCZUCIE CHOREGO

W warunkach ciszy i spokoju dały się wyraźnie dostrzec tzw. „odgłosy bólu" — krzyki i jęki podczas zastrzyków, nakłuć itp. Personel medyczny podczas zabiegów zaczął uważnie stosować wszelkie możliwe środki zmniejszające lub zupełnie usuwające ból. Podczas nakłuć rozpoznawczych znieczula się odpowiednie odcinki skóry, zwilża opatrunki przed ich zdjęciem lub pozwala chorym, by je zdejmowali sami.

Sale chorych urządzono bardziej przytulnie: na oknach zawieszono firanki, na ścianach obrazy, ustawiono kwiaty, z łóżek zdjęto karty gorączkowe, założono radio, a przez głośniki wygłasza się pogadanki dla chorych o osiągnięciach medycyny, o śnie i jego roli, o systemie leczniczo-ochronnym, transmituje się muzykę lub inne interesujące audycje.

Chorego nie powinno nic trwożyć. Dlatego chorego informuje się o czekającej go operacji, o konieczności jej przeprowadzenia, o jej przebiegu i postępowaniu pooperacyjnym. Szczególną uwagę zwrócono na dzieci, którym pozwala się przed zabiegiem wchodzić na salę operacyjną, gdzie dla oswojenia ich ustawiono stoliki z zabawkami.

Operacje wykonywane są tylko na jednym stole, ażeby chory nie widział cierpień drugiego. Do chwili rozpoczęcia operacji narzędzia zostają nakryte, ażeby widok noży, zgłębników, penset itp. nie trwożył chorego.

Rozkład dnia szpitalnego ujęty został również w myśl wskazań nauki Pawłowa. Czas snu nocnego przedłużono do 9 godzin, wprowadzono obowiązkowy dla wszystkich chorych, 2-godzinny sen poobiedni, ustalono czas odpoczynku, czas zabiegów itd. Rozkład dnia powinien zapewnić choremu absolutny spokój, jednak musi być on połączony równocześnie z aktywnością fizyczną — z gimnastyką higieniczną i leczniczą. Gimnastykę poranną przeprowadza się za pośrednictwem radia, pielęgniarki zaś czuwają nad jej sprawnym wykonaniem.

LECZENIE SNEM

Szeroko zastosowano l e c z e n i e s n e m w specjalnych pomieszczeniach o zakrytych zasłonami oknach i izolowanych od gwaru. W początkowym okresie leczenia snem stosowano różne środki nasenne, ale w przebiegu leczenia zmniejszano dawki 20—30 krotnie przechodząc do snu odruchowo - warunkowego, podtrzymywanego od czasu do czasu niewielkimi dawkami środków nasennych.

W ostatnich czasach pracownicy szpitala zaczęli wywoływać sen za pomocą stwarzania takich warunków, jakie w normalnym życiu są

bodźcami warunkowymi dla snu, jak np.: ciepła pościel z imitowaniem deszczowej pogody, szum biegnącego pociągu itp.

Również imitowaniem posługuje się przy budzeniu chorych, na przy kład — sygnałem porannym, używanym w kołchozach, odpowiednio dobraną muzyką itp.

Leczenie snem stosuje się w chorobie wrzodowej, w nadżerkach szyjki macicy, w procesach zapalnych, w dychawicy oskrzelowej itp. Średnią długość snu 15 — 16 godzin, odnotowuje pielęgniarka na karcie gorączkowej w postaci krzywej snu.

System leczniczo-ochronny znacznie skrócił czas leczenia chorych w szpitalu i zwiększył odsetek wyzdrowień.

W leczeniu snem konieczne jest indywidualizowanie w stosowaniu środków nasennych, czy to farmakologicznych, czy też w postaci bodźców warunkowych. Działanie lecznicze snu polega nie tylko na samym wyłączeniu — przez hamowanie czynności kory mózgowej, ale przede wszystkim na przywracaniu korze mózgowej i ośrodkom podkorowym zdolności do pracy, a tym samym na mobilizowaniu mechanizmów korowych do likwidowania procesu chorobowego.

Pewnym błędem lekarzy szpitala makarowskiego było początkowe nieuprzedzanie chorych o dniu operacji, jednakże później zarzucono ten system.

Wydaje się, że doświadczenia pracowników tego szpitala zasługują na rozpowszechnienie i wykorzystanie ich i w naszych szpitalach.

opr. St. B.

Z notatnika uczennicy

Dur brzuszny

(obserwacja i pielęgnowanie)

PACJENTKA moja ma lat 16, jest średniego wzrostu, dobrze rozwinięta fizycznie i, jak na swój wiek, posiada dość wysoki poziom intelektualny. Jest pogodnego usposobienia, rozmowna, żywo interesuje się sprawami społeczno - politycznymi. Mieszka w Warszawie.

Od najmłodszych lat była wrażliwa na przeziębienia. Mając lat 14 przebyła operację usunięcia migdałków, żadnych chorób zakaźnych nie przechodziła.

Przybyła do Miejskiego szpitala zakaźnego w Warszawie, skierowana przez lekarza sanitarnego z rozpoznaniem *typhus abdominalis.*

W domu

Choroba rozpoczęła się przed dwoma tygodniami wśród stopniowo narastającej ciepłoty, bólów głowy, nudności. Chorą odizolowano w domu. Chora podaje, iż w pierwszym okresie choroby traciła często przytomność. Stolce oddawała zmienne, parę dni normalne parę dni — czyszczenia, stolce wolne kilka razy na dobę. Z rozmowy z chorą wywnioskowałam, iż miała r ó ż y c z k ę d u r o w ą, tj. różowe plamki dość duże, znikające pod uciskiem i znowu pojawiające się. Jakie leki otrzymywała, będąc w domu — nie pamięta.

Stan chorej po przybyciu do szpitala był ciężki. Chora była nieprzytomna, przez trzy dni majaczyła, wykonywała nieskoordynowane ruchy, temperatura — 39,5°C, tętno 75/m. Język obłożony szarobrunatnym nalotem, podsychający, wargi spieczone, brzuch wzdęty, bolesny przy ucisku. Kał i mocz oddawała pod siebie przez dwa dni, stolce grochówkowe, następnie papkowate.

W szpitalu

Przez dwa dni chora otrzymywała infuzję z 0,5 litra roztworu soli fizjologicznej oraz dożylne injekcje z 10 cm³ cebionu: infuzję w celu nawodnienia organizmu, a cebion jako związek organiczny, którego obecność warunkuje prawidłową przemianę materii.

W celu obniżenia ciepłoty pacjentka otrzymywała piramidon przez 5 dni po 6 łyżek dziennie; piramidon zwiększa oddawanie ciepła.

Dla podtrzymania akcji serca, które w czasie wysokiej ciepłoty jest mocno narażone, podawano chorej strychninę 0,003 g. (Strych nina wzmaga pobudliwość ośrodka naczynioruchowego, podnosi ciśnienie krwi, zaostrza zmysły, zwła szcza wzrok i słuch), kofeinę 0,2 i kardiamid 1,7 cm³ w celu pobudzenia oddechu i lepszego wypełnienia tętna.

Po przeprowadzeniu analiz: — zmian w moczu nie wykryto; morfologia krwi wykazała wzmożoną leukocytozę 8.700; krew na odczyn Vidala: dur brzuszny „O“ — 200/100 „H“ 800, dury rzekome „0“ 200 „H“ 800.

Pielęgnowanie

Chorej oczyszczono jamę ustną 25% roztworem boraksu z gliceryną oraz płukano wodą z dodatkiem 5 kropel Trae Menthae na 1 szklankę wody. Poza tym codziennie robiłam chorej toaletę, ponieważ pociła się obficie — zmieniałam koszulę, aby zapobiec odleżynom. Zmieniano chorej pozycję, gdyż o własnych siłach nie mogła

przewrócić się na bok. Plecy i pośladki nacierano spirytusem i talkowano.

Przed wejściem do chorej na salę wkładałam drugi fartuch, a po wykonaniu zabiegu, przed zdjęciem fartucha, myłam ręce bieżącą wodą oraz spłukiwałam roztworem sublimatu 1:1000. Zdejmowałam fartuch ostrożnie, nie dotykając jego zewnętrznej strony. Kał zalewałam 5% roztworem lizolu co najmniej na przeciąg 2 godzin. — Brudną bieliznę także moczyłam w 5% roztworze lizolu.

Leczenie

W 2 połowie trzeciego tygodnia chora miewała dłuższe okresy powrotu do przytomności, ciepłota ciała poczęła się obniżać. Zauważyłam, że chora miała przytępiony słuch, co później minęło.

W końcu 3 tygodnia choroby ciepłota obniżyła się do 37° C, tętno zwolniło się do 54 uderzeń na minutę, natomiast pojawiły się uporczywe wymioty treścią wodnistą o żółtym zabarwieniu, a występujące po każdorazowym wypiciu płynu.

Stan chorej znacznie się polepszył, zaczęła interesować się otoczeniem, dopominała się o jedzenie. Ze względu na wymioty podawano chorej bardzo mało do picia natomiast robiono dożylne wstrzykiwania 10% Natr. chloratum w ilości 20 cm^3 w celu nawodnienia oraz dostarczenia chlorków, inne leki zaś odstawiono, pozostawiając jedynie inj. strychniny 0,003.

Na początku 4 tygodnia od dnia choroby ciepłota spadła do 36° C, tętno 62/m. wymioty ustały. Chora czuła się dobrze, jedynie była bardzo osłabiona.

W takim stanie pozostawiłam chorą w szpitalu.

Dieta

Dieta chorej w czasie pobytu w szpitalu: chora przybyła w 3 tygodniu choroby, otrzymywała dietę płynną, tzn. klej z ryżu, z płatków owsianych, czarną kawę z żółtkiem, po tym stopniowo zaczęła dostawać sucharki, mleko, rosół z kury, czerwony barszcz, purée z ziemniaków i stopniowo — b a r d z o o s t r o ż n i e — coraz bardziej urozmaiconą dietę.

×

TYPHUS *abdominalis* jest to ostra choroba zakaźna. Okres wylęgania wynosi około 10 dni. Zarazkiem jest *gramoujemna pałeczka* urzęsiona. Zakażenie odbywa się drogą pokarmową. Pałeczki przedostają się do przewodu pokarmowego przez zetknięcie się z wydalinami chorego, bądź z przedmiotami zakażonymi oraz za pośrednictwem nosicieli. Jest to tzw. choroba „brudnych rąk". Zakażeniu ulega narząd chłonny przewodu pokarmowego. W 1 tygodniu choroby pałeczka powoduje nacieczenie grudek chłonnych jelit tzw. k ę p e k P e y e r a. W 2 tygodniu następuje powierzchowna martwica grudek chłonnych, tworzą się strupy, oddzielające się z pozostawieniem owrzodzeń durowych na ścianie jelit. Ten okres choroby jest najbardziej niebezpieczny, gdyż mogą wystąpić powikłania w postaci krwotoków lub zapalenia otrzewnej na skutek przedziurawienia jelita. W 5 i 6 tygodniu choroby następuje gojenie się owrzodzeń bez blizn. Dur brzuszny może również atakować tkankę chłonną wątroby i nerek.

W durze brzusznym wyodrębniamy 3 okresy kliniczne z następującymi objawami:

1 tydzień narastanie ciepłoty do 40° C, tętno zwolnione w stosunku do ciepłoty, nie przekracza 100/minutę. Stan ogólny pogarsza się szybko, zjawiają się silne bóle głowy i zawroty, oddech przyspieszony.

2 i 3 tydzień — s t a ł a wysoka gorączka, objawy nasilają się; chory jest całkowicie odurzony, apatyczny, majaczy; twarz zaczerwieniona, język suchy, popękany, obłożony nalotem szarobrunatnym. Około 10 dnia choroby pojawia się r ó ż y c z k a. Wypróżnienia częste, rzadkie, cuchnące, jasno - żółte — tzw. grochówkowe. O. B. nieznacznie przyśpieszony. Dodatnia próba zlepna G r u b e r - W i d a l a. W kale znajdujemy pałeczki durowe. 3 tydzień jest najbardziej niebezpieczny ze względu na powikłania takie jak krwotok lub perforacja jelita. U chorych nieprzytomnych z towarzyszącego zwykle nieżytu oskrzeli może łatwo rozwinąć się odoskrzelowe zapalenie płuc.

4 tydzień — w pomyślnych przypadkach następuje polepszenie. Okres ten cechuje się powolnym spadkiem ciepłoty wśród obfitych potów. Odurzenie cofa się — chory odczuwa głód, oddech zwalnia się, różyczka znika. Stopniowo chory powraca do zdrowia.

* * *

Pielęgnując swoją chorą, poznałam dobrze daną jednostkę chorobową i jej charakterystyczne objawy: stolce grochówkowe, nierównomierny wzrost tętna w stosunku do temperatury, a przede wszystkim stwierdziłam, jak ważną rolę odgrywa pielęgnowanie, gdyż zapobiega takim komplikacjom jak odleżyny, odoskrzelowe zapalenie płuc i w dużym stopniu mimo ciężkiego stanu pozwala choremu w stosunkowo krótkim czasie powrócić do zdrowia, i jak w danym przypadku — do szkolnych zajęć.

Mimo, iż iż chora przy mnie nie odchodziła do domu, zaleciłam jej aby po powrocie do domu przestrzegała częstego mycia rąk, by zalewała wypróżnienia lizolem na przeciąg 2 godzin, by dawała kał do badania przynaj.mniej raz na miesiąc, by nie jadła pokarmów rozdymających — jarzyn strączkowych, kapusty, razowego chleba.

Ze względu na to, że chora jest bardzo podatna na przeziębienia, zaleciłam jej, aby ubierała się odpowiednio do pogody i zwracała uwagę na stan swego zdrowia.

(napisane w oparciu o pracę egzaminacyjną)

MARIA WIERZEJSKA
absolwentka Państw.
Szk. Piel. Nr 3
w Warszawie

KRONIKA

Z kraju

VIII Plenum ZZPSZ

W dniach 11 i 12 stycznia rb. odbyło się VIII plenarne zebranie Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, którego zadaniem było przeniesienie uchwał VIII Plenum Centralnej Rady Związków Zawodowych.

W obradach wzięli udział m. in. wiceminister Zdrowia ob. B. Bednarski, przedstawiciel KC PZPR ob. L. Przysuski, przedstawiciele CRZZ w osobach ob. ob. Ferenca, Wrzosowej i Pietrzaka, prezes Polskiego Czerwonego Krzyża ob. Jan Rutkiewicz, członkowie Zarządu Głównego ZZPSZ oraz przewodniczący i sekretarze Okręgów.

Podstawowy referat polityczny wygłosił ob. M. Godlewski, sekretarz Zarz. Gł. ZZPSZ, naświetlając osiągnięcia drugiego roku Planu 6-letniego.

„Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia solidaryzuje się z uchwałami II sesji Światowej Rady Pokoju i na swoim odcinku włącza się w ogólno światową walkę o pokój. Walka o pokój naszego Związku to nie tylko braterska łączność z całym obozem pokoju, ale walka o pokój — to w naszym zawodzie bitwa o lepszą i sprawniejszą służbę zdrowia.

VIII Plenum Centralnej Rady Związków Zawodowych stawia przed nami jasno i wyraźnie zadania, jakie stają przed Związkami Zawodowymi w obecnym etapie budowy podstaw socjalizmu. Są to: podniesienie poziomu kierownictwa związkowego oraz usprawnienie socjalistycznego współzawodnictwa pracy, uzależnionego od pracy masowo-politycznej wśród członków Związku Zawodowego.

Ogólna, niezwykle głęboka i trafna ocena sytuacji międzynarodowej i wewnętrznej, dokonana przez tow. Kłosiewicza w pierwszym dniu Plenum CRZZ, wprowadza nas we właściwy klimat, w jakim powinna się toczyć nasza praca wychowawczo-polityczna. Na plenum podkreślono szczególnie mocno rolę pracy kulturalno-oświatowej w Związkach Zawodowych. Zmusza nas to do głębokiej analizy naszego stosunku do tego zagadnienia".

Dużo miejsca w swym referacie poświęcił ob. Godlewski sprawie opieki nad młodszymi pielęgniarkami, zatrudnionymi w zakładach leczniczych, opieki, która dotychczas nie była dostateczna.

Omawiając zagadnienie pracy masowo - politycznej, prelegent wskazał na ważne zadania, jakie ma do wypełnienia aktyw kulturalno - oświatowy, które polegają na:

„— naświetlaniu naszych celów i osiągnięć, bez ukrywania trudności,

— podawaniu faktów mówiących o perfidnych metodach i celach kapitalizmu i jego najwyższego stadium — imperializmu,

— nauczaniu metod walki z kapitalizmem i imperializmem,

— wzmożeniu czynnej postawy wobec wroga klasowego, rekrutującego się z byłej klasy wyzyskiwaczy, lub co gorzej ze zdrajców klasy robotniczej".

Następnie ob. Godlewski omówił współzawodnictwo zadaniowe w ostatnich etapach, podkreślając, że w akcji oszczędnościowej w IV kwartale ubiegłego roku podjęło zobowiązania 1.036 zakładów na ogólną liczbę 1.279 i 81.014 pracowników, na łączną zaoszczędzoną sumę 7.891.700 zł.

Omawiając wytyczne dla Służby Zdrowia we współzawodnictwie zadaniowym, ob. Godlewski podał ogólne wytyczne dla wszystkich pionów, uzgodnione z Ministerstwem Zdrowia.

W ożywionej dyskusji zabrało głos 16 osób, poruszając różne zagadnienia i omawiając szeroko sprawę opieki nad młodszymi pielęgniarkami, nie szczędząc przy tym samokrytyki i krytyki zarówno Zarządu Głównego ZZPSZ, Ministerstwa Zdrowia, jak i Zarządów Okręgowych.

Podsumowania obrad w pierwszym dniu dokonał przewodniczący, dr Fiderkiewicz.

Drugi dzień obrad poświęcony był wyłącznie zagadnieniu wyborów do Z.O.Z., mających odbyć się w okresie od 15 stycznia do 15 kwietnia rb. Okres wyborów to jednocześnie okres przeglądu sił związkowych, okres, w którym każde ogniwo Związku powinno poddać analizie swe osiągnięcia oraz braki i niedociągnięcia oraz wytyczyć plan działania. Związek oczekuje licznego i aktywnego udziału lekarzy i pielęgniarek, jako grupy liczbowo najsilniejszej wśród pracowników służby zdrowia.

Techniczne wskazówki odnoszące się do wyborów podał w swym referacie ob. Czerwiński, kierownik Wydziału Organizacyjnego w Zarz. Gł. ZZPSZ.

W dyskusji, w imieniu Ministerstwa Zdrowia przemawiał Dyrektor Departamentu dr J. Wolański, wskazując na zadania, jakie stoją w 3 roku Planu 6-letniego przed służbą zdrowia, a z których na pierwsze miejsce wysuwa się zespolenie lecznictwa otwartego

z lecznictwem zamkniętym, z wyjątkiem niektórych zakładów psychiatrycznych, ośrodków zdrowia i szpitali zakaźnych.

Ob. Ferenc omówił strukturę związkową i wyjaśnił dokładnie technikę wyborczą oraz podkreślił konieczność wybierania do zarządów Rad Miejscowych większej liczby pielęgniarek i lekarzy, jako elementu najbardziej odpowiedzialnego w pracy tych zakładów.

Podsumowania dyskusji w drugim dniu obrad dokonał ob. Pietrzak.

Na zakończenie VIII Plenum Zarządu Głównego ZZPSZ uchwalono następujące rezolucje:

W warunkach sytuacji międzynarodowej kiedy ludobójczy imperializm amerykański zagraża światu i spokojnej budowie lepszej przyszłości ludzi pracy i związanych z tym usiłowań penetracji do wszystkich komórek naszego życia społecznego i gospodarczego — wysunięte przez VIII Plenum hasło podniesienia na wyższy poziom upolitycznienia i umasowienia pracy K. O. staje się dla naszego Związku szczególnie aktualne.

Doceniając w pełni wagę zagadnienia K. O. jako środka mobilizacji ideologicznej Związku, VIII Plenarne zebranie Zarządu Głównego Zw. Zaw. Prac. Służby Zdrowia postanawia:

1) **wciągnąć masowo członków do szkolenia w ramach Wszechnicy Radiowej;**
2) **zwiększyć dwukrotnie sieć kursów języka rosyjskiego, szczególnie wśród personelu fachowego, dla udostępnienia w ten sposób nieprzebranych zasobów doświadczeń przodującej Radzieckiej Służby Zdrowia;**
3) **przeprowadzić pracę uświadamiającą polityczną wśród fachowego personelu służby zdrowia w zakresie znaczenia dla wykonania Planu 6-letniego absencji chorobowej rzekomej;**
4) **przeprowadzić kampanię wyborczą na wszystkich szczeblach związkowych pod hasłem:**
   a) **podniesienia pracy na najwyższy poziom w zakładach służby zdrowia pod względem fachowym jak i stosunku do chorego. Wpływając na szybkość i dokładność leczenia zmniejszyć w ten sposób usprawiedliwioną absencję chorobową i pomnożyć tym samym siły produkcyjne, a więc wkład w dzieło realizacji Planu 6-letniego — planu pokoju.**
   b) **w zrozumieniu że praca K. O. jest pracą polityczno - wychowawczą, kształcącą ideologicznie naszych członków, wybitnie zwiększymy naszą działalność na tym odcinku w ścisłym powiązaniu z aktywem dołowym, przy równoczesnym zaktywizowaniu kierownictw zakładów pracy;**
   c) **wzmożenia działalności K. O. i wykorzystania jej dla demaskowania wrogiej propagandy, prób penetracji wroga klasowego do naszych zakładów, dla walki z marnotrawstwem i naruszaniem dyscypliny pracy;**
   d) **doboru do władz związkowych najbardziej ofiarnych i najmocniejszych pracowników, co zapewni realizację postulatów Partii i władz związkowych;**
   e) **pod hasłem przekroczenia naszych planów i zrównania się w szlachetnych wzmaganiach z całą klasą robotniczą przez mobilizację wszystkich członków do współzawodnictwa pracy;**
   f) **popierania ruchu racjonalizatorstwa i wynalazczości.**
5) **Dla zapewnienia właściwej opieki klasie pracującej podniesiemy poziom fachowy naszych kadr i w tym celu szkolić będziemy je zawodowo. W trosce o zapewnienie awansu społecznego młodszym pielęgniarkom i ich dalszego wykształcenia zorganizujemy planowe szkolenie, które zapewni młodszym pielęgniarkom uzyskanie poziomu i stanowiska równorzędnego z absolwentkami szkół 2-letnich, a klasie robotniczej wykwalifikowaną pomoc fachową.**
6) **Zwerbujemy i zaktywizujemy personel lekarski i pielęgniarski jako społecznych wykładowców dla masowego szkolenia sanitarnego.**

Czerpiąc pełną dłonią ze skarbnicy doświadczeń Związku Radzieckiego, pod przewodem Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej, w oparciu o wzrastającą świadomość klasową naszych członków, III rok Planu 6-letniego wykonamy.

Niech żyje budowniczy Polski Ludowej Tow. Bierut!

Niech żyje Światowy Chorąży Pokoju Tow. Stalin!

Niech żyje Światowa Rada Pokoju!

Niech żyje Międzynarodowa Federacja Związków Zawodowych!

Z III Plenum Z. Gł. PCK

WYKONANIE PLANU I NOWE ZADANIA

W dniu 21 stycznia br. odbyło się w Warszawie III Plenarne Posiedzenie Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża, poświęcone głównie omówieniu wykonania planów pracy za 1951 rok i wytycznych do realizacji planów pracy na 1952 rok.

Udział w Plenarnym Posiedzeniu — poza członkami Zarządu — wzięli: Wiceminister Zdrowia — Dr **Bogdan Bednarski,** Zastępca Kierownika Wydziału Administracyjnego Komitetu Centralnego Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej — Dr **Ludwik Przysuski** oraz wszyscy Kierownicy Oddziałów Wojewódzkich PCK.

„P. C. K. jest masowym, dobrowolnym Stowarzyszeniem, mającym na celu mobilizację wysiłków społecznych do walki o zdrowie narodu".

Tymi słowy, przytoczonymi z Deklaracji Ideowej P. C. K., rozpoczął składanie sprawozdania z działalności Polskiego Czerwonego Krzyża za 1951 r. i omawianie wytycznych do pracy na 1952 r. Prezes Zarządu Głównego P. C. K. — Dr **Jan Rutkiewicz.**

„Zgodnie z Deklaracją Ideową będziemy omawiać działalność Polskiego Czerwonego Krzyża za 1951 r. oraz zamierzenia P. C. K. na rok bieżący w nawiązaniu do sytuacji międzynarodowej i całokształtu życia naszego narodu" — powiedział następnie Prezes.

W osiągnięciach roku 1951 Polski Czerwony Krzyż ma także swoją cząstkę. Rok 1951 był rokiem ostatecznej przebudowy zarówno programu, jak i form organizacyjnych P. C. K. W roku ubiegłym organizacja nasza rozrosła się i w znacznym stopniu okrzepła. Praca P. C. K., włączona równolegle do pracy innych organizacji w ogólny rytm życia społeczno - politycznego Polski Ludowej, stała się jednym z ważnych ogniw Narodowego Frontu Walki o Pokój i Plan 6-letni.

I Krajowy Zjazd P. C. K. w lutym 1951 roku rozpoczął nowy okres naszej działalności, którą definiuje socjalistyczna leninowska dewiza służby zdrowia: „Zdrowie mas pracujących jest dziełem i sprawą samych mas pracujących".

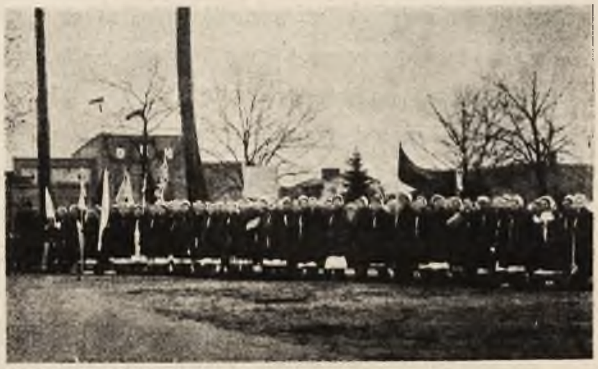
Dewizę tę realizujemy w pracy naszej przez wciąganie świata pracy do współdziałania w dziele budowy socjalistycznej służby zdrowia i do współdziałania w akcji zapobiegania chorobom przez podnoszenie kultury sanitarnej mas pracujących.

W szeregach P. C. K. organizujemy masy pracujące do walki o ich własne zdrowie.

Rok 1951 był dla naszej organizacji egzaminem sprawności, był rokiem budowy zasadniczych fundamentów pod realizację znacznie rozleglejszej, wielokrotnie większej budowy planu 1952 roku.

BARDZO poważną i odpowiedzialną pracą Polskiego Czerwonego Krzyża jest **szkolenie młodszych pielęgniarek.**

Zadanie to Polski Czerwony Krzyż stara się wykonać z pełnym poczuciem odpowiedzialności, zdając sobie sprawę, że rozbudowujące się lecznictwo Polski Ludowej potrzebuje nie tylko odpowiednio kwalifikowanego personelu pomocniczego Służby Zdrowia, ale potrzebuje też pracowników, uświadomionych politycznie i społecznie.



Zastępy młodszych pielęgniarek, wyszkolonych przez PCK powiększają kadry pracowników służby zdrowia

Kadry pracowników Służby Zdrowia zostały zasilone tysiącami młodszych pielęgniarek wyszkolonych na kursach P. C. K. Tysiące dziewcząt — córek chłopskich i robotniczych — zdobyło za sprawą naszej organizacji potrzebne kwalifikacje fachowe z zakresu pielęgnacji chorych i zapobiegania chorobom. Pełnią one już dziś swe obowiązki w sieci instytucji lecznictwa.

W związku z wysoką liczbą planu szkolenia młodszych pielęgniarek na 1951 r. Polski Czerwony Krzyż musiał rozbudować nie tylko dotychczasowy aparat szkoleniowy, lecz przejść również na nowe formy organizacyjne — na przeprowadzanie szkolenia nie tylko na kursach z internatem, ale w szerokim zakresie również na kursach bez internatu i na bazie szpitali. Przez okres całego 1951 roku Polski Czerwony Krzyż walczył o wykonanie planu, przezwyciężając szereg trudności organizacyjnych i trudności, związanych z naborem odpowiedniej ilości kandydatek, odsiewem i różnorodnym poziomem kursantek.

Pomimo tych trudności, plan szkolenia młodszych pielęgniarek na 1951 r. został wykonany w 108 proc.

W ocenie krytycznej zostało podniesione, że P. C. K. nie zawsze zdołał wytworzyć odpowiednią postawę społeczną i polityczną u absolwentek oraz dostatecznie wysoko podnieść poziom szkolenia praktycznego i teoretycznego, wskutek czego nie wszystkie młodsze pielęgniarki to prawdziwie wartościowe i w pełni świadome swych zadań pracowniczki Służby Zdrowia i aktywistki P. C. K.

MASOWE szkolenie i przysposobienie sanitarne, prowadzone przez P. C. K., ogarnęło w roku 1951 setki tysięcy obywateli. Setki tysięcy ludzi pracy i młodzieży, szkolone na kursach P. C. K.

I, II i III stopnia, zdobyło elementarne wiadomości, niezbędne w zakresie higieny, walki z chorobami zakaźnymi, ratownictwa i doraźnej pomocy. Pierwsze tysiące społecznych posterunków sanitarnych, złożone z wyszkolonych na naszych kursach ratowników, objęły w zakładach pracy społeczną pieczę nad higieną i bezpieczeństwem pracy, nad zdrowiem mas pracujących, dopomagając swą pracą organom Służby Zdrowia.

W przeciwieństwie do 1950 r., w którym wykładowcy na kursach sanitarnych byli wynagradzani, w 1951 r. Polski Czerwony Krzyż przeprowadzał szkolenie sanitarne w oparciu o społecznych wykładowców, których werbunek nastręczał duże trudności.

Trudność w wykonaniu planów pracy na odcinku przysposobienia sanitarnego wynikła i stąd, że P. C. K. nie posiadał w dostatecznym stopniu doświadczenia w organizowaniu tak szeroko zakrojonego szkolenia sanitarnego i wypracowanych właściwych metod szkolenia sanitarnego, połączonego po raz pierwszy — w oparciu o wzory Radzieckiego Czerwonego Krzyża i Półksiężyca — z organizowaniem społecznych posterunków sanitarnych P. C. K. — przede wszystkim w zakładach pracy i na wsi uspołecznionej.

Dalszymi trudnościami, napotykanymi przez P. C. K. w tej akcji, to niedostateczne zrozumienie znaczenia i słabe poparcie w realizacji zadań P. C. K. na odcinku przysposobienia sanitarnego przez inne masowe organizacje społeczne oraz niedocenianie znaczenia akcji przysposobienia sanitarnego przez kierownictwa wielu zakładów pracy, które wręcz przeciwstawiały się zorganizowaniu kursów szkolenia sanitarnego na ich terenie.



Członkinie drużyny sanitarnej PCK przy pracy

Foto C. Datka

Stopniowo wiele z powyższych trudności zostało przezwyciężonych przez P. C. K. — przy wydatnej pomocy Komitetów Wojewódzkich i Powiatowych P. Z. P. R., Wojewódzkich i Powiatowych Rad Narodowych oraz organów Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia.

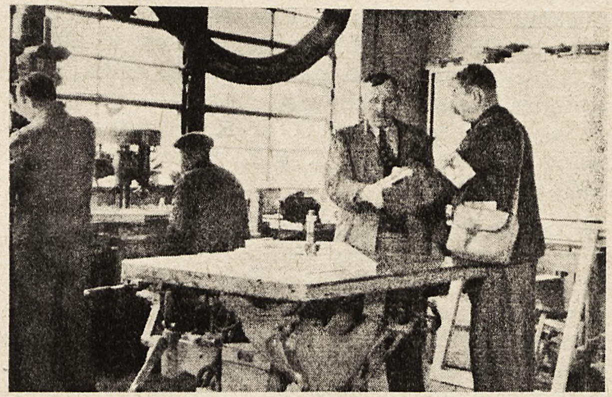
W rezultacie na dzień 31 grudnia 1951 r. Polski Czerwony Krzyż osiągnął w procentowym wykonaniu planów pracy za 1951 r., jeśli chodzi o liczby przeszkolonych sanitarnie osób:

W I stopniu szkolenia młodzieży szkół podstawowych 108,6 proc. zaplanowanej liczby,

w II stopniu szkolenia młodzieży szkół zawodowych i licealnych 143,5 proc. zaplanowanej liczby,

w II stopniu szkolenia dorosłych ratowników zdrowia 110,9 proc. zaplanowanej liczby,

w III stopniu szkolenia przewodników zdrowia 174 proc. zaplanowanej liczby.



Posterunek sanitarny w zakładzie pracy powinien być zawsze czujny

Plan organizacji społecznych posterunków sanitarnych na 1951 r. został wykonany w 252,2 proc., przy czym w 75,3 proc. znajdują się one w zakładach pracy, w 13 proc. na wsi uspołecznionej i 11,7 proc. w gromadach, blokach itd.

W ocenie krytycznej zostało podkreślone, że duże nasilenie szkolenia sanitarnego w ostatnim kwartale 1951 r. odbiło się w poważnym stopniu na poziomie szkolenia i że przeprowadzanie szkolenia było słabo powiązane z pracą Kół P. C. K.

Praca uświadamiająca i werbunkowa tysięcy **kół terenowych** P. C. K. zmobilizowała ochotniczą armię k r w i o d a w c ó w, liczne dziesiątki tysięcy uspołecznionych dawców krwi, którzy ofiarowali dla leczenia swych współobywateli bezcenny lek, ratujący życie ludzkie, swą własną krew.

W realizacji jednego z zasadniczych zadań — szerzenia **oświaty sanitarnej i propagowania zagadnień zdrowia** wśród najszerszych rzesz społeczeństwa — Polski Czerwony Krzyż w 1951 r. stosował różnorodne formy i przeprowadził szereg akcji.

W akcji tej było szeroko wykorzystane bezpłatne rozdawnictwo broszur, ulotek, sloganów, afiszów i fotogazetek o tematyce sanitarnej.

Poważną rolę odegrały również w tej akcji w y s t a w y r u c h o m e — „Przeciwweneryczna", „Opieka nad Matką i Dzieckiem w Polsce Ludowej", „Walka z gruźlicą" i „Bezpieczeństwo i Higiena Pracy", które zwiedziło w 1951 r. ponad 300.000 osób.

Ponadto Polski Czerwony Krzyż zorganizował i przeprowadził w 1951 r. zaplanowane akcje masowe: III „Tydzień Zdrowia", „Dni Przeciwgruźlicze" i „Miesiąc Czystości".

Zapoczątkowana w III „Tygodniu Zdrowia" akcja propagandowa krwiodawstwa dała w wyniku do końca lipca 1951 r. 27.995, a do końca 1951 r. ponad 60.000 kandydatów na dawców krwi, zwerbowanych przez P. C. K.

W ramach tej akcji opracowano i nadano 54 audycje dla chorych oraz opracowano odpowiedzi na korespondencję ze słuchaczami audycji dla chorych.

Nakład miesięcznika **„Zdrowie"**, popularnego pisma oświatowo - sanitarnego, wyniósł w 1951 r. 374.000 egzemplarzy, a nakład miesięcznika **„Pielęgniarka Polska"**, fachowego pisma dla pielęgniarek, wydawanego przez P. C. K. wspólnie z Zarządem Głównym Z. Z. P. S. Z., wyniósł w 1951 r. 46.822 egzemplarzy.

W ocenie krytycznej zostało podniesione, że prace na odcinku oświaty sanitarnej i propagandy zdrowia były prowadzone w 1951 r. jeszcze od akcji do akcji, nie żyły tymi zagadnieniami dostatecznie Koła P. C. K., a najważniejszym niedomaganiem było słabe powiązanie się P. C. K. w tej pracy z Radami Narodowymi i masowymi organizacjami społecznymi, przez co zagadnienia oświaty sanitarnej i propagandy zdrowia nie wszędzie docierały do szerokich mas społeczeństwa.

×

Po omówieniu działalności **„Biura Informacji i Poszukiwań** przy Zarządzie Głównym P. C. K. **Wydziału Zagranicznego** Zarządu GłównegoP.C.K., pracy na odcinku kadr i zagadnień organizacyjnych — Prezes tymi słowy rozpoczął nakreślenie wytycznych do pracy Polskiego Czerwonego Krzyża na 1952 r.

Zadanie Polskiego Czerwonego Krzyża w roku 1952 wynika logicznie z sytuacji gospodarczo - politycznej naszego Ludowego Państwa, które przeżywa historyczne chwile ogromnych przeobrażeń gospodarczych.

Polski Czerwony Krzyż ma w wielkim Narodowym 6-letnim Planie Gospodarczym swoje wyznaczone poważne zadanie do spełnienia.

Zadanie Polskiego Czerwonego Krzyża to zadanie społecznej dźwigni służby zdrowia, to codzienna walka o włączenie mas pracujących do współpracy w dziele podnoszenia zdrowia narodu

Przebudowa gospodarcza naszej wsi, a zwłaszcza imponujące tempo rozwoju naszego przemysłu, woła o miliony zdrowych, silnych, wydajnych w pracy rąk.

Pomyślny rozwój Planu 6-letniego w niemałym stopniu zależy od stanu zdrowia mas pracujących, a więc od dobrego działania aparatu ochrony zdrowia.

Rok 1952 to rok wysiłków, mających na celu otoczenie należytą opieką zdrowotną niestrudzonych pionierów Planu 6-letniego, wielkiego dzieła pokojowego budownictwa socjalistycznego. Zadaniem i obowiązkiem Kół Polskiego Czerwonego Krzyża i stworzonych przez nie społecznych posterunków sanitarnych oraz drużyn sanitarnych jest znaleźć się w awangardzie organów służby zdrowia.

Praca i troska tysięcy Kół P. C. K. o zdrowie budowniczych wielkiego Planu Narodowego to nasz wkład w realizację tego planu, wkład w umocnienie naszej Ojczyzny i w wielkie dzieło utrwalenia światowego pokoju".

ZASADNICZE ZADANIA POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA NA 1952 R. to:

1) **Znaczne pogłębienie i rozszerzenie akcji oświaty sanitarnej i propagandy zdrowia.**

Nowym zagadnieniem dużej doniosłości, które zostanie po raz pierwszy postawione przed aktywem P. C. K. i społeczeństwem w 1952 r., jest walka z traumatyzmem wśród dzieci, walka z wypadkami ulicznymi i walka z kalectwem wśród dzieci.

Popularyzacja i propaganda krwiodawstwa, połączone z werbowaniem kandydatów na dawców krwi, oraz akcji, prowadzonych przez P. C. K. — ze szczególnym zwróceniem uwagi na masowe szkolenie sanitarne, pracę społecznych posterunków i drużyn sanitarnych — to dalsze zadania na tym odcinku.

Akcja oświaty sanitarnej i propagandy zdrowia oparta będzie w 1952 r. o coraz bardziej udoskonalane i wszechstronne środki odziaływania, jak liczne wystawy ruchome, filmy oświatowo - sanitarne i przeźrocza.

W 1952 r. zostaną również przeprowadzone masowe akcje, jak „Tydzień Zdrowia", „Dni Przeciwgruźlicze" i „Miesiąc Czystości".

2) **Znaczne rozszerzenie akcji masowego szkolenia i przysposobienia sanitarnego ludności.**

Drużyny sanitarne, nowe, społeczne formacje sanitarne P. C. K., tworzone po raz pierwszy w 1952 r., zostaną zorganizowane przede wszystkim w wielkich zakładach pracy i będą brały udział w masowych akcjach zapobiegawczych oraz w doraźnej pomocy w wypadkach klęsk żywiołowych.

3) **Szeroko zakrojona akcja szkolenia zawodowego młodszych pielęgniarek z położeniem nacisku na wysoki poziom wyszkolenia zarówno zawodowego, jak i ideologicznego.**

Młodsze pielęgniarki, wyszkolone przez P. C. K., powinny stać się przodującymi pracowniczkami Służby Zdrowia i przodującymi aktywistkami P. C. K.

„Idąc za chlubnym przykładem przodowników pracy i racjonalizatorów, my — aktywiści P. C. K. wspólnie z całą klasą robotniczą zrealizujemy zadania trzeciego roku Planu 6-letniego i zbudujemy na swym odcinku, w oparciu o doświadczenia Radzieckiego Czerwonego Krzyża, granitowy fundament pod gmach socjalizmu i dobrobytu w naszym kraju — wzmocnimy gmach pokoju światowego" — tym słowami zakończył swój referat Prezes Polskiego Czerwonego Krzyża.

B. R.

KIELCE

Do Zarządu Głównego PCK w Warszawie wpłynęły następujące rezolucje I Zjazdu absolwentek kursów Młodszych Pielęgniarek na terenie woj. Kieleckiego:

„My, absolwentki kursów Młodszych Pielęgniarek PCK, zebrane w dniu 16 grudnia 1951 r. w Kielcach, w liczbie 42 osób na I Zjeździe absolwentek kursów MP PCK Województwa Kieleckiego przesyłamy Zarządowi Głównemu PCK wyrazy zapewnienia, że w myśl Deklaracji Ideowej Polskiego Czerwonego Krzyża:

1. będziemy jak najszerszej rozwijać oświatę sanitarną i propagandę zdrowia, przyczyniając się tym do podnoszenia kultury sanitarnej naszych miast i wsi;

2. włączymy się czynnie do akcji masowego szkolenia sanitarnego na odcinku młodzieżowym i dorosłych;

3. będziemy propagować leczenie krwią przez wstępowanie w szeregi honorowych dawców krwi.

Tak pojętą pracą społeczną, w szeregach czynnych członkiń PCK, włączamy swój wysiłek do dzieła wykonania wielkiego 6-letniego Planu, do dzieła budowy socjalizmu i wzmożenia siły i obronności naszej Ojczyzny.

Niech żyje Polska Ludowa!

Niech żyje PZPR — przewodniczka klasy robotniczej!

Niech żyje bratnia organizacja — Radziecki Czerwony Krzyż i Półksiężyc!

Pokój zwycięży wojnę!

WARSZAWA

W dn. 16 stycznia rb. w Państwowej Szkole Pielęgniarstwa Nr 1 (na Pradze) otrzymało dyplomy 40 absolwentek, spośród nich następujące z odznaczeniem, otrzymując jako nagrodę książki:

Darska Krystyna
Jędrzejewska Teresa
Konaszewska Cecylia
Lipczyńska Barbara
Próchniewska Danuta
Przybysz Barbara
Stefaniuk Mirosława
Wasiak Alicja.

Po części oficjalnej, której przewodniczyła kol. Belońska, Naczelnik Wydziału w Min. Zdrowia, nastąpiła część artystyczna.

Z zagranicy

ZSRR

Prawie w każdym większym szpitalu na trenie Związku Radzieckiego istnieją Rady Pielęgniarek, których zadaniem jest przede wszystkim podnoszenie kwalifikacji zawodowych i omawianie metod pielęgnowania chorych.

Korespondencje z różnych miast Związku Radzieckiego donoszą, że Rady Pielęgniarek spełniają swe zadania przez odbywanie zebrań nie tylko wewnątrz-szpitalnych, ale także i między-szpitalnych, a czasami nawet przy udziale pielęgniarek z całego rejonu.

*

BUŁGARIA

W r. 1949 Bułgarski Czerwony Krzyż zorganizował akcję krwiodawstwa, które jednak nie rozwijało się należycie, ponieważ dawcy zmuszeni byli przeprowadzać badania w kilku szpitalach, co im zabierało zbyt wiele czasu.

W lecie 1951 r. Bułgarski Czerwony Krzyż wyznaczył jedną klinikę, która posiada wszystkie niezbędne gabinety specjalistyczne, do przeprowadzania badań kandydatów na krwiodawców. Dzięki temu liczba krwiodawców znacznie wzrosła i obecnie szpitale mogą otrzymywać przeciętnie po 130 litrów krwi tygodniowo, co w zupełności pokrywa ich zapotrzebowanie.

* * *

W Bułgarii istnieje 14 szkół pielęgniarstwa, które w okresie powojennym dały około 2.000 absolwentek. Pielęgniarki, które są zatrudnione w akcji krwiodawstwa, przechodzą dodatkowe przeszkolenie

*

SZWAJCARIA

Od dłuższego już czasu pielęgniarki szwajcarskie domagają się skrócenia czasu pracy, który obecnie wynosi 60 godzin tygodniowo dla pielęgniarek zawodowych i 54 godziny dla pielęgniarek pomocniczych, co zostało zatwierdzone na czas nieograniczony w dn. 1. I. 1948 r. przez władze kantonalne. Należy przy tym nadmienić, że jest to jedyny zawód dla kobiet, w którym obowiązują tak długie godziny pracy.

Władze kantolnalne i szpitalne sprzeciwiają się skróceniu czasu pracy do 48 godzin, jak tego żądają pielęgniarki, gdyż wiąże się z tym konieczność zwiększenia liczby pielęgniarek w zakładach leczniczych.

Jednocześnie szkoły pielęgniarstwa alarmują opinię społeczeństwa o stale zmniejszającym się napływie kandydatek do szkół, wskazując na główną tego przyczynę — długie godziny pracy w zawodzie, co odstrasza młode dziewczęta. Zdaniem zarówno dyrekcji szkół pielęgniarstwa, jak też i doświadczonych pielęgniarek, polepszenie warunków pracy wpłynie niewątpliwie na przyciągnięcie nowych sił do zawodu. Stwarza się błędne koło: niemożność skrócenia czasu pracy z powodu braku pielęgniarek i niemożność zwiększenia napływu nowych pielęgniarek wobec długich godzin pracy.

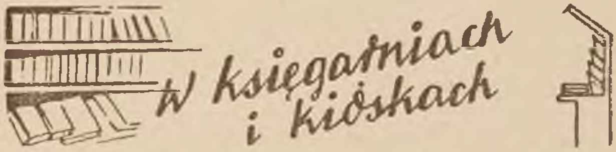
Dyrektorzy szkół pielęgniarstwa (przeważnie lekarze) domagają się, w interesie rozwoju szkół, poprawy warunków pracy, by na twarzach pielęgniarek odbijała radość życia i zadowolenie z wykonywania zawodu, a nie przemęczenie i zniechęcenie. Byłaby to, jak twierdzą, najlepsza propaganda zawodu pielęgniarskiego.

Sprawę skrócenia czasu pracy w szpitalach szwajcarskich do 48 godzin tygodniowo omawiano na zebraniu pielęgniarek w 1951 roku tym goręcej, że i na rok 1952 odpowiednie władze utrzymały 60 godzinny tydzień pracy.

* * *

My, pielęgniarki polskie, mające ustawowy 8-godzinny dzień pracy, życzymy naszym koleżankom szwajcarskim, by jak najprędzej wywalczyły sobie lepsze warunki pracy.

— — — — — —



POŁOŻNA czasopismo Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, wychodzi od lipca 1951 r. a wydawane jest przez Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

W numerze grudniowym znajdujemy szereg artykułów, które mogą zainteresować również pielęgniarki, a zwłaszcza — pracujące w lecznictwie otwartym, w poradniach „K" i mające pod swą opieką kobiety w ciąży.

M. in. w artykule pt. „Wytyczne opieki położnej nad ciężarną" doc. dr I. Roszkowski podaje wskazówki, na jakie momenty należy zwrócić uwagę przy przeprowadzaniu wywiadów — pierwszego i następnych — u kobiety ciężarnej oraz jakie przeprowadzać badania laboratoryjne i w jakich terminach.

Higiena ciąży — dr Zawadzka Rużyłło.

I. I. Miecznikow — dr L. Grabowiecka, barwny życiorys znakomitego uczonego oraz najwybitniejsze jego osiągnięcia.

Szkic historyczny początków położnictwa — dr Z. Filar.

Fizykoterapia chorób kobiecych — dr J. Foltynowicz-Mańkowa.

O przerywaniu ciąży w przypadkach gruźliczych — A. J. Łazarewicz.

Odpowiedzi Redakcji

Kol. W. S. Szp. Powiatowy w P.

W odpowiedzi na Wasz list komunikujemy, iż przy wszystkich Prezydiach Wojewódzkich Rad Narodowych — (Wydziały Zdrowia) istnieją stanowiska inspektorek wojewódzkich do spraw pielęgniarstwa, do obowiązków których należą m. in. szczegółowe inspekcje pracy personelu pielęgniarskiego na poszczególnych placówkach społecznych zakładów służby zdrowia, połączone z instruktarzem.

Wobec powyższego zwróciliśmy się do Ministerstwa Zdrowia, Dep. Lecznictwa, podając jedynie Wasze województwo, z prośbą o spowodowanie sprawniejszej i wydajniejszej pracy inspekcyjnej odnośnej inspektorki wojewódzkiej do spraw pielęgniarstwa na tym terenie.

Wyrażamy przypuszczenie, że w najbliższym czapoprawę na odcinku poruszanych przez Was spraw.

KOL. S. K. Z LUBLINA

Według informacji uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia, projekt przyznania dłuższych urlopów pracownikom zatrudnionym w poradniach, sanatoriach, prewentoriach przeciwgruźliczych itp. jest w trakcie opracowywania. Do czasu jego zatwierdzenia, wszystkim pracownikom służby zdrowia (za wyjątkiem pracowników Rentgena) przysługują jednakowe urlopy.

Numer ukazuje się w marcu

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje; poniedziałki i środy w godz. 15 — 17. Redakcja czynna: codziennie 11 — 13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportarzu „Ruch". KONTO PKO: Nr I-15978 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, 1/4 str. 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Drukarnia Wydawnictwa MON Warszawa. Zam. Nr 432 3.500 3-B-14795